



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



**Estudo dos efeitos de um Programa de Promoção da
Resiliência e de Competências Pessoais e Sociais em
adolescentes com Dificuldades Intelectuais e
Desenvolvimentais – Estudos de Caso**

**Dissertação com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora**

Orientadora: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professora Doutora Maria Luísa da Silva Galvez Roubaud

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Joana Correia Martins Carvalho

2012

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Celeste Simões. A sua orientação foi composta de amizade, disponibilidade, motivação, compreensão e sabedoria. Foi um grande prazer privar da sua companhia e dos seus conhecimentos.

A todos os pais e professores, que fizeram que este estudo se tornasse possível, e a todos os alunos, por manifestarem a sua motivação e vontade de melhorar, pelos quais nutro muito carinho.

À minha família, por o SER no verdadeiro e mais elevado sentido da palavra, apoiando-me de todas as formas que eu precisei, com toda a dedicação e amor .

O meu agradecimento mais sentido vai para os meus filhos, que “permitiram” este vôo académico enquanto ainda estavam no ninho...espero regressar com mais competências para vos ensinar para a Vida!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO GLOBAL.....	8
Artigo Teórico	9
Resumo.....	10
Abstract.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. ADOLESCÊNCIA.....	12
3. DIFICULDADES INTELECTUAIS E DESENVOLVIMENTAIS.....	12
3.1. Origem do Conceito.....	12
3.2. Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais/ Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais	14
4. RESILIÊNCIA.....	15
5. PROGRAMAS DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS APLICADOS A ADOLESCENTES COM DIFICULDADES INTELECTUAIS E DESENVOLVIMENTAIS.....	18
5.1. Envolvimento da Família e Escola.....	21
5.2. O Impacto das Competências Pessoais e Sociais noutras áreas da vida	22
6. CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

Artigo Empírico	31
Resumo	32
Abstract	32
1. INTRODUÇÃO	33
2. RESILIÊNCIA E COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS	33
3. OBJECTIVO	35
3.1. Questões do Estudo	35
4. MÉTODO	35
4.1. Amostra	35
5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	36
5.1. <i>Healthy Kids RAM - Healthy Kids Resilience Assessment Module</i>	36
5.2. SDQ - <i>The Strengths and Difficulties Questionnaire</i> - Questionário das capacidades e dificuldades	37
5.3. <i>Kidscreen-10</i>	37
6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	38
7. O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA E DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS	39
8. ESTUDOS DE CASO	41
8.1. Estudo de Caso 1 (EC1)	43
8.2. Estudo de Caso 2 (EC2)	47
8.3. Estudo de Caso 3 (EC3)	51
8.4. Estudo de Caso 4 (EC4)	55
8.5. Estudo de Caso 5 (EC5)	59
9. DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	73
ANEXOS	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS E DE TABELAS

Artigo Empírico

Tabela 4.1.1 – Caracterização da amostra: idades, média, desvio padrão, ano de escolaridade e género por estudos de caso (EC).....	36
Tabela 8.1.1 – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas dos recursos internos da resiliência (questionário <i>Healthy Kids RAM</i>) segundo o próprio EC1, os pais e o professor.....	44
Gráfico 8.1.2 – Escalas dos recursos internos da resiliência (questionário <i>Healthy Kids RAM</i>) segundo o próprio EC1, no momento de revisões – percepção de competências e percepção de potencial de melhoria nas escalas/temas das sessões. Comparação com o momento pós-intervenção.....	45
Tabela 8.1.3. – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais (questionário <i>SDQ</i>), segundo o próprio EC1, os pais e o professor.	46
Gráfico 8.1.4. - Valores da qualidade de vida relacionada com a saúde (questionário <i>Kidscreen – 10</i>) segundo o próprio EC1 e seus pais, nos 3 momentos de avaliação inicial (linha de base - LB) e momento pós-intervenção.....	47
Tabela 8.2.1 – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas dos recursos internos da resiliência (questionário <i>Healthy Kids RAM</i>) segundo o próprio EC2, os pais e o professor.....	48
Gráfico 8.2.2 – Escalas dos recursos internos da resiliência (questionário <i>Healthy Kids RAM</i>) segundo o próprio EC2, no momento de revisões – percepção de competências e percepção de potencial de melhoria nas escalas/temas das sessões. Comparação com o momento pós-intervenção.....	49
Tabela 8.2.3. – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais (questionário <i>SDQ</i>), segundo o próprio EC2, os pais e o professor.	50
Gráfico 8.2.4. - Valores da qualidade de vida relacionada com a saúde (questionário <i>Kidscreen – 10</i>) segundo o próprio EC2 e seus pais, nos 3 momentos de avaliação inicial (linha de base - LB) e momento pós-intervenção.....	51
Tabela 8.3.1 – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas dos recursos internos da resiliência (questionário <i>Healthy Kids RAM</i>) segundo o próprio EC3, os pais e o professor.....	52
Gráfico 8.3.2 – Escalas dos recursos internos da resiliência (questionário <i>Healthy Kids RAM</i>) segundo o próprio EC3, no momento de revisões – percepção de competências e percepção de potencial de melhoria nas escalas/temas das sessões. Comparação com o momento pós-intervenção.....	53

Tabela 8.3.3. – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais (questionário <i>SDQ</i>), segundo o próprio EC3, os pais e o professor.....	54
Gráfico 8.3.4. - Valores da qualidade de vida relacionada com a saúde (questionário <i>Kidscreen – 10</i>) segundo o próprio EC3 e seus pais, nos 3 momentos de avaliação inicial (linha de base - LB) e momento pós-intervenção.....	55
Tabela 8.4.1 – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas dos recursos internos da resiliência (questionário <i>Healthy Kids RAM</i>) segundo o próprio EC4, os pais e o professor.....	56
Gráfico 8.4.2 – Escalas dos recursos internos da resiliência (questionário <i>Healthy Kids RAM</i>) segundo o próprio EC4, no momento de revisões – percepção de competências e percepção de potencial de melhoria nas escalas/temas das sessões. Comparação com o momento pós-intervenção.....	57
Tabela 8.4.3. – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais (questionário <i>SDQ</i>), segundo o próprio EC4, os pais e o professor.....	58
Gráfico 8.4.4. - Valores da qualidade de vida relacionada com a saúde (questionário <i>Kidscreen – 10</i>) segundo o próprio EC4 e seus pais, nos 3 momentos de avaliação inicial (linha de base - LB) e momento pós-intervenção.....	59
Tabela 8.5.1 – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas dos recursos internos da resiliência (questionário <i>Healthy Kids RAM</i>) segundo o próprio EC5, os pais e o professor.....	60
Gráfico 8.5.2 – Escalas dos recursos internos da resiliência (questionário <i>Healthy Kids RAM</i>) segundo o próprio EC5, no momento de revisões – percepção de competências e percepção de potencial de melhoria nas escalas/temas das sessões. Comparação com o momento pós-intervenção.....	61
Tabela 8.5.3. – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais (questionário <i>SDQ</i>), segundo o próprio EC5, os pais e o professor.....	62
Gráfico 8.5.4. - Valores da qualidade de vida relacionada com a saúde (questionário <i>Kidscreen – 10</i>) segundo o próprio EC5 e seus pais, nos 3 momentos de avaliação inicial (linha de base - LB) e momento pós-intervenção.....	63

ANEXOS

ANEXO A – Instrumentos de Avaliação.

ANEXO B – Pedidos de autorização da implementação do estudo: conselho pedagógico da escola e encarregados de educação dos alunos abrangidos na investigação.

ANEXO C – Folha de rosto dos questionários.

ANEXO D – Imagem do suporte visual de ajuda ao preenchimento dos questionários: “os frasquinhos”.

ANEXO E – Informação disponibilizada aos pais após a análise dos dados da linha de base.

ANEXO F – O Programa de promoção da Resiliência e de Competências Pessoais e Sociais. Programação e exemplos de materiais e fotografias das sessões.

ANEXO G – Exemplos de trabalhos de casa. Os trabalhos de casa afixados na sala.

INTRODUÇÃO GLOBAL

Os adolescentes com necessidades educativas especiais são confrontados com os desafios próprios da adolescência, mas em muitos casos, com outros desafios determinados por factores pessoais ou envolvimentoais. Perante este cenário torna-se fundamental intervir o mais cedo possível (European Agency for Development in Special Needs Education, 2004), promovendo factores de protecção que permitam a estes adolescentes lidar com sucesso com os desafios e as adversidades que se lhes colocam.

Para fazer face a estas preocupações, é necessário avaliar e intervir nos factores de protecção através de programas de promoção de resiliência e de competências pessoais e sociais, capacitando o próprio e os intervenientes participantes nos seus contextos de vida.

Esta investigação contempla uma parte teórica, onde se abordará a problemática dos adolescentes com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, as definições de resiliência, alguns programas de competências pessoais e sociais existentes e suas recomendações para esta população, e o impacto das competências pessoais e sociais noutras áreas da vida.

Integra ainda uma parte empírica, na qual se contextualiza a aplicação de um Programa de Promoção da Resiliência e de Competências Pessoais e Sociais a cinco jovens com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, utilizando o método de estudo de caso.

Após a apresentação dos resultados obtidos na avaliação multifontes, serão apresentadas as conclusões e recomendações para investigações futuras.

**OS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA E
DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS APLICADOS
A ADOLESCENTES COM DIFICULDADES
INTELECTUAIS E DESENVOLVIMENTAIS**

- ARTIGO TEÓRICO -

RESUMO

O presente artigo tem como objectivo fundamentar a necessidade de promover factores de protecção a adolescentes com necessidades educativas especiais, e assim melhorar a sua resiliência face ao risco. O risco pode ser encontrado em vários domínios: pessoal, familiar e comunitário, pelo que é importante intervir em todos os contextos significativos. Os Programas de Promoção de Competências Pessoais e Sociais são a via mais usual para atingir esse fim. No entanto, a revisão da literatura sugere que os programas devem sofrer uma análise, no sentido de se tornarem mais eficazes na activação dos recursos internos e externos considerados factores de protecção. É também recomendada uma avaliação abrangente no estudo da resiliência, aferindo aspectos do bem-estar e da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Adolescência, Saúde, Risco, Educação Especial, Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, Resiliência, Competências Pessoais e Sociais, Família, Comunidade, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

This article aims to justify the need to promote protective factors for adolescents with special educational needs, thus improving their resilience to risk. Risk can be found in several areas: personal, family-related and community related, therefore it is important to intervene at all meaningful contexts. Promoting Personal and Social Skills Programs are the most common way to achieve this goal. However, literature review suggests that these programs should be thoroughly analyzed in order to become more effective in the enabling of internal and external resources, which are considered protective factors. It is also recommended a comprehensive evaluation regarding study of resilience, measuring issues regarding well-being and quality of life.

Keywords: Adolescence, Health, Risk, Special Educational Needs, Intellectual and Developmental Disability, Resilience, Personal and Social Skills, Family, Community, Quality of Life.

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento positivo e saudável é a ambição máxima de cada ser humano. Para isso contribuem factores biológicos, psicológicos, família, comunidade, cultura, ambiente físico e nicho histórico (Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal & Ravens-Sieberer, 2008a).

A adolescência é o momento oportuno para fortalecer o desenvolvimento, promover factores de protecção e prevenir os comportamentos de risco, reforçando os potenciais resilientes, dado que constitui uma etapa durante a qual se adquirem novas capacidades que permitem confrontar, reflectir, debater, analisar e tirar as suas próprias conclusões e iniciar a elaboração de um projecto de vida pessoal (Paladini, Daverio, Moreno & Montero, 2005). Quando se trata de adolescentes com necessidades especiais (NE), as situações de risco encontram-se por vezes mais intensas e diversas, devido às condições específicas associadas às suas NE. Este facto justifica a preocupação crescente por parte dos profissionais que lidam com estes adolescentes, no que se refere ao impacto que as questões do ajustamento e funcionalidade social, assim como dos aspectos psicossomáticos e atitudes face à deficiência, têm na melhoria da qualidade de vida desses jovens (Canha & Neves, 2008).

De acordo com estas preocupações, cada vez mais se alerta para a necessidade de promover a resiliência e competências pessoais e sociais, capacitando o próprio e os intervenientes participantes nos seus contextos de vida, no sentido de se obter uma diminuição do risco e uma activação dos recursos de apoio.

2. ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma etapa da vida de todo o ser humano pautada por inúmeras transformações: a nível físico, cognitivo, emocional e social. Para além destas transformações, o adolescente precisa ainda, tal como todo o ser humano, de se sentir valorizado como pessoa, estabelecer um lugar num grupo produtivo, sentir-se útil para os outros, dispor de sistemas de suporte e saber usá-los, fazer escolhas informadas e acreditar num futuro com oportunidades reais. Ultrapassar estes desafios e preencher estas necessidades tornam-se requisitos necessários para que os adolescentes se tornem adultos saudáveis e produtivos (Carnegie Corporation of New York, 1995, cit in Simões, Matos, Ferreira & Tomé, 2010).

O próprio conceito de adolescência, segundo as revisões de literatura de Melo (2008), está-se a tornar mais dilatado e menos linear, na medida em que cada vez mais se prolongam até idades mais tardias as várias tarefas a alcançar inerentes à vida adulta, como por exemplo, a autonomia financeira, familiar, habitacional associada ou não à conjugalidade e descendência (Arnett, 1993; Furstenberg & Hughes, 1995, cit. in Melo, 2008). Este aspecto é de particular importância quando estamos na presença de um jovem com uma deficiência ou limitações, na medida em que é frequente a associação a uma “eterna juventude” uma vez que as aquisições de autonomia, atribuídas à transição para a vida adulta, não são por vezes alcançadas.

3. DIFICULDADES INTELECTUAIS E DESENVOLVIMENTAIS

3.1 ORIGEM DO CONCEITO

A experiência de deficiência, que todo o ser humano está sujeito a adquirir, é resultante da interacção de factores de saúde, factores pessoais e factores ambientais, existindo uma heterogeneidade muito vasta. Pessoas com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais e pessoas com doença mental parecem sofrer mais desvantagens em vários contextos do que as pessoas que experienciam incapacidades físicas ou sensoriais. O último relatório da Organização Mundial de Saúde e do Banco Mundial (2011) defende ainda que a deficiência é um assunto de Direitos Humanos, não sendo isso incompatível com a sua prevenção bem como o tratamento de problemas de saúde subjacentes.

Na fase actual de conhecimentos na área da deficiência mental (DM), a comunidade científica e profissional depara-se com uma definição mais funcional, onde se inclui o impacto que o envolvimento detém no desenvolvimento humano, baseada na qualidade da interacção estabelecida entre este e o indivíduo, bem como no tipo e intensidade dos apoios a prestar (Santos & Morato, 2007). Em 2007, a *American Association on Mental Retardation* [AAMR], na sequência de estudos e reflexões sobre o tema, adopta então o termo de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID) para a até agora denominada DM, ao mesmo tempo que altera o seu nome para *American Association on Intellectual and Development Disability* [AAIDD] (Luckasson et al, 2007, cit in Santos & Morato, 2007). A AAIDD contribui assim, para uma nova concepção do sujeito com DID, onde o principal destaque consiste agora em três elementos chave: as capacidades, os envolvimento e a funcionalidade (Leitão, Lombo & Ferreira, 2008).

Segundo a AAIDD, a definição de dificuldade intelectual caracteriza-se por uma significativa limitação, tanto no funcionamento intelectual (raciocínio, memória, aprendizagem, resolução de problemas) como no comportamento adaptativo, e surge antes dos 18 anos. O comportamento adaptativo diz respeito ao conjunto de competências sociais, práticas e conceptuais adquiridas pela pessoa para responder às exigências do dia-a-dia. As primeiras relacionam-se com a competência social (p. ex., responsabilidade, habilidades interpessoais, observância de regras e normas, etc.); as habilidades práticas remetem para o exercício da autonomia (p. ex., actividades de vida diária, utilização de recursos da comunidade, utilização do dinheiro, actividades ocupacionais ou laborais, etc); finalmente, as habilidades conceptuais estão relacionadas com aspectos académicos, cognitivos e da comunicação (é o caso da linguagem - receptiva e expressiva, leitura, escrita, etc). A dificuldade intelectual enquadra-se no universo de vários tipos de dificuldades desenvolvimentais. As dificuldades desenvolvimentais são definidas como deficiências crónicas severas que podem ser cognitivas, físicas ou ambas. A dificuldade aparece antes dos 22 anos e tende a prolongar-se ao longo da vida. As dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID) frequentemente co-ocorrem.

Existe uma grande variedade de causas para as DID. Depende dos factores de risco (biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais) e do tempo de exposição a esses factores (pré-natal, peri-natal e pós-natal).

Santos e Morato (2007), segundo dados do seu estudo, constataam que o desenvolvimento psicomotor, em crianças com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, se apresenta como o pilar para todas as outras aquisições

(emocionais, cognitivas e sociais) posteriores, advindas dos processos de maturação e aprendizagem característicos do desenvolvimento humano.

3.2 ADOLESCENTES COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS/ DIFICULDADES INTELECTUAIS E DESENVOLVIMENTAIS

Na procura de estudos alusivos a esta temática, optou-se por abarcar a nomenclatura das necessidades educativas especiais (NEE), englobando igualmente as dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, para desta forma conseguirmos obter mais dados de diferentes estudos.

Os adolescentes com NEE, para além dos desafios inerentes à adolescência, têm os desafios aliados à sua condição especial que, num envolvimento com barreiras, pode condicionar a sua participação nos principais contextos de vida (WHO, 2001, cit. in Simões, Matos, Diniz, Tomé, Ferreira & Sousa, 2007).

De facto são vários as investigações que se debruçaram sobre as questões da fase da adolescência vivida por pessoas com deficiência. Os resultados do estudo apresentado por Simões, Matos, Ferreira e Tomé (2010), mostram que os adolescentes com NEE passam por etapas de desenvolvimento semelhantes às dos adolescentes sem NEE. Realativamente ao género, de um modo geral, os rapazes têm maior tendência para comportamentos de risco, e as raparigas apresentam mais sintomas psicológicos e uma maior tendência para problemas com a sua imagem corporal. No entanto, relativamente à relação com a família, escola e pares, as diferenças tornam-se mais evidentes.

Existem alguns aspectos associados a tarefas desenvolvimentais que têm sido apresentados como deficitários, nomeadamente a independência face aos pais, o estabelecimento de relações de intimidade fora do contexto da família, a selecção de uma área vocacional, a possibilidade de aceder a uma escolha e formação profissional e a reduzida rede de amigos (UNICEF, 1999, cit. in Melo, 2008). Ferreira e Tomé (2009, cit in Simões, Matos, Tomé, Ferreira & Chaínho, 2010) referem que os adolescentes com NEE se sentem mais frequentemente insatisfeitos, tristes, sozinhos, que a sua performance académica é inferior à média e sentem mais pressão para fazer os trabalhos de casa. O estudo do Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde [HBSC/OMS] realizado em Portugal por Matos e Equipa do Projecto Aventura Social (2003), concluiu que os adolescentes que referem ter problemas de saúde (deficiência ou doença crónica), e que frequentam o ensino regular, consideram ser mais frequentemente vítimas de *bullying*, ficar sozinhos na escola, sentir-se menos

felizes e ter mais sintomas físicos e psicológicos, em comparação com os adolescentes que referem não ter este tipo de problemas.

Perante este cenário torna-se fundamental intervir o mais cedo possível (European Agency for Development in Special Needs Education, 2004), promovendo factores de protecção que permitam a estes adolescentes lidar com sucesso com os desafios ou com as adversidades que se lhes colocam. A investigação tem mostrado, que todos nós possuímos, ou podemos desenvolver, capacidades para fazer face a factores de risco, ou para recrutar recursos para lidar com eles. Quando conseguimos dar uma resposta positiva aos problemas que surgem nas nossas vidas, isto é, quando conseguimos lidar com sucesso com a adversidade, pode-se dizer que somos resilientes (Masten, et al., 1999; Rutter, 1996).

A resiliência surge assim como um processo importante ao longo de toda a nossa vida e em particular nos momentos ou etapas em que o confronto com situações difíceis se coloca de forma significativa (Simões, et al., no prelo, cit in Simões, Matos, Ferreira & Tomé, 2010).

4. RESILIÊNCIA

Não existe uma definição única e consensual da resiliência (Filipe, 2011), pelo contrário, uns autores entendem-na como traço ou característica do sujeito para fazer face a situações de adversidade, e outros vêem-na como sendo um processo complexo em evolução ao longo da vida, sujeito a modificações relacionadas com os factores com os quais interage, tais como os factores de risco e de protecção.

A resiliência constitui, por definição, uma qualidade elástica que envolve a capacidade de distender sob o efeito do stress e depois voltar ao normal (Garmezy, 1993, 1999, cit in Simões, Matos, Ferreira & Tomé, 2010).

Os estudos iniciais da resiliência revelaram que perante uma condição adversa, algumas crianças não desenvolviam problemas psicológicos ou de adaptação social. Estas investigações vieram alterar a forma como o ser humano é visto, passando-se de um modelo de risco, fundamentado nas necessidades e doenças, para outro centrado nas potencialidades e recursos que o ser humano tem em si mesmo e no ambiente à sua volta (Munist, et al., 1998, cit in Simões, Matos, Tomé, Ferreira, Diniz & Equipa do projeto Aventura Social, 2009a).

Ungar (2005), refere que a resiliência não é entendida só como uma qualidade interior, mas sim como um processo ecologicamente dinâmico e mutuamente dependente. Quando entendida dessa maneira, a resiliência é o resultado de experiências e histórias pessoais.

No meu entendimento, a resiliência não é uma qualidade intrínseca ou um conjunto de comportamentos, nem é o resultado de uma hierarquia ordenada de alguns recursos disponíveis num ambiente previsível. Uma descrição mais ampla de resiliência, revela um conjunto contínuo de negociações entre indivíduos que tomam iniciativa, e um ambiente com recursos inter cruzados, que interagem um no outro em infinitas e imprevisíveis combinações.

Ungar (2005, p 95).

Entre as múltiplas definições de resiliência que é possível encontrar, talvez a mais consensual, como refere Windle (1999, cit. in. Simões, 2007), seja a de uma adaptação com sucesso às tarefas da vida em condições de desvantagem social ou situações fortemente adversas.

As pessoas resilientes apresentam um conjunto de características que lhes permitem ultrapassar diversas situações, mais ou menos difíceis, mantendo o equilíbrio necessário para um bom funcionamento físico, mental e social, nomeadamente: capacidade de tomada de decisões, capacidades de comunicação, assertividade, empatia, autocontrolo, auto-estima, auto-eficácia, optimismo, bom humor, disponibilidade, autenticidade, flexibilidade, inteligência, criatividade, e boa saúde física e mental (Gore & Eckenrode, 1996; Grotberg, 1997; Masten, 1999; McWhirter, McWhirter, McWhirter, & McWhirter, 1998; Werner & Johnson, 1999, cit in Simões, Matos, Ferreira & Tomé, 2010). Para além destas características, que podem ser consideradas como factores de protecção individuais, outros aspectos fazem com que a nossa resposta a estas situações-problema seja mais ou menos eficaz, nomeadamente: a presença de factores de protecção familiares e comunitários, a existência de múltiplos factores de stress, a forma como se percebe o problema, o confronto anterior com a adversidade, e a própria situação, o contexto e o momento em que esta tem lugar (Simões et al., 2007).

O risco é um dos factores que é necessariamente intrínseco na resiliência. A resiliência traduz-se na adaptação perante o risco (Simões, 2007). O risco pode ser encontrado em

vários domínios: pessoal, familiar ou comunitário. No domínio pessoal, entre outros, pode existir o risco associado às características intrínsecas da criança e do adolescente, como o temperamento e o funcionamento intelectual (Freitas, 2010), e o risco associado ao défice de competências, como o baixo Q.I., a carência de competências sociais, a dificuldade de concentração, os problemas na aprendizagem, a falta de hábitos e de competências de trabalho (Simões, 2009).

Outros factores aliados à resiliência são os factores de protecção. Tal como no risco, também estes factores podem ser individuais, familiares ou comunitários. Dentro dos factores individuais encontram-se as competências cognitivas, emocionais e relacionais. Estas competências são fundamentais para actuar directamente sobre o risco, mas também para o recrutamento de factores de protecção na família e na comunidade. Na família destaca-se a importância do suporte afectivo e das boas práticas parentais. Na comunidade destacam-se, para além das oportunidades de participação nas actividades comunitárias, o papel fundamental que a escola tem na promoção de factores de resiliência (Simões, 2007).

Werner e Smith (2001) enunciam a autonomia, a maturidade social, as competências escolares e a auto-confiança como pertencentes a factores protectores e referem que estes factores têm mais impacto que os factores de risco.

Os resultados encontrados no estudo realizado por Simões, Matos, Tomé, Ferreira, Diniz e Equipa do projeto Aventura Social (2009a), revelaram que os contextos mais importantes para os adolescentes com necessidades educativas especiais (NEE), e que surgem como factores protectores, são a família, a escola, o grupo de pares e a comunidade. Algumas características pessoais, como a comunicação e cooperação, empatia, auto-eficácia, capacidade de resolução de problemas e ter objectivos e aspirações em relação ao seu futuro surgem igualmente como factores protectores destes jovens. Um aspecto a realçar neste contexto é o autoconceito que surgiu, no estudo realizado pelos autores, como um factor de protecção em situações de pouca ou nenhuma adversidade, mas também como factor de protecção em situações de adversidade significativa. Os resultados deste estudo mostraram que os adolescentes que apresentavam um elevado autoconceito conseguiam manter os seus níveis de bem-estar mesmo em situações de grande adversidade, revelando-se deste modo o autoconceito como um verdadeiro factor de resiliência.

Masten, et al. (1999) desenvolveu um estudo longitudinal, ao longo de dez anos, estudo esse que permitiu constatar que os factores de protecção estão relacionados com o desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Os indivíduos que possuem

competências, mesmo quando expostos a situações de risco, revelam-se resilientes, ao invés daqueles que as não têm.

Também Benard (1995) salienta a importância destes factores de protecção para a obtenção de resultados positivos nas diversas áreas de vida, nomeadamente competências de cooperação e comunicação, empatia, resolução de problemas, auto-eficácia, auto-conhecimento e ter objectivos e aspirações. De acordo com Benard, os recursos externos ajudam a desenvolver estas competências pessoais e sociais e assim despoletar a resiliência que existe em cada indivíduo.

5. PROGRAMAS DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS APLICADOS A ADOLESCENTES COM DIFICULDADES INTELECTUAIS E DESENVOLVIMENTAIS

Os estudos sobre a resiliência contribuíram para que o enfoque nos factores de protecção passasse também para a área da prevenção, destacando-se cada vez mais a importância da promoção de competências (Windle, 1999), mudando assim a ideia de que “nada se pode fazer” com determinados grupos, nomeadamente os jovens de alto risco (Resnick, 2000).

Apesar de um objectivo importante de programas preventivos ser reduzir a exposição dos jovens a factores de risco, a maior parte das vezes tal não é possível. Para estes jovens o objectivo da prevenção poderá ser o reduzir o impacto de factores de risco promovendo as competências pessoais e sociais dos jovens (Matos et al., 2003) e aumentar as competências parentais.

Déficits de aquisição de competências sociais referem-se tanto à ausência de conhecimento para a execução de uma determinada competência, mesmo sob condições ideais, como a uma falha em discriminar que comportamentos sociais são apropriados em situações específicas (Gresham, Sugai & Horner, 2001). Estes déficits derivam de uma falta de exposição de modelos de comportamento social em quantidade e/ou qualidade, insuficiente prática de uma competência, ou reforço insuficiente ou inconsistente aquando de performances adequadas.

São vários os estudos (Matos, 2008) que realçam a importância do desenvolvimento de competências sociais em crianças que estão em risco educacional, e que apontam para a necessidade de momentos com actividades que as ajudem a identificar situações e problemas, a procurar implementar soluções, e a manter ou alterar estratégias. Os objectivos dos programas implementados variam conforme os intervenientes e as

respectivas necessidades. Contudo, segundo Matos (2008), é possível generalizar alguns dos objectivos propostos para o desenvolvimento de programas de competências sociais, tais como: promover a inserção social, a cooperação e a harmonia com os outros; analisar os comportamentos relacionais; reflectir em grupo sobre as vantagens e as desvantagens dos diferentes tipos de relacionamentos; aprender um método de abordar situações-problema; analisar e modificar determinadas cognições; manter e generalizar as aquisições realizadas; conhecer-se melhor a si próprio.

A literatura indica que existem vários programas de promoção de competências pessoais e sociais implementados a crianças e adolescentes que apresentaram sucesso, como o de Matos (1993, 1994, cit in Matos & Simões, 2001), dirigido a crianças dos 6 aos 16 anos, de 18 horas, com progressos notáveis do que diz respeito ao comportamento social. A investigação de Zsolnai e Józsa (2003) refere-se à aplicação de um programa de competências sociais durante 2 anos a crianças com 7 anos de idade em contexto escolar. Verificaram que um terço dos sujeitos envolvidos adquiriram as competências optimais previstas.

No entanto, quando aplicado a crianças ou adolescentes com deficiência os resultados não são tão concludentes. Meta-análises da literatura efectuadas por Gresham, Sugai e Horner (2001) sugerem que os programas de competências sociais frequentemente não produzem mudanças com significado, socialmente importantes, de longo prazo, ou mudanças generalizadas nas competências sociais de estudantes com deficiência grave. Existem vários factores que podem contribuir para a discrepância de resultados nas investigações: (a) características da população, (b) adequação da intervenção ao tipo de déficite de competências sociais; (c) problemas de integridade da intervenção, (d) questões de avaliação, e (e) questões de generalização. Pode ser, como Kavale e Forness (1999, cit. in. Gresham, Sugai & Horner, 2001) sugerem, que os alunos de educação especial representem um grupo de estudantes cujas competências sociais são altamente resistentes ao tratamento. No estudo conduzido por estes autores, os efeitos do programa de competências pessoais e sociais foram pequenos, com um em cinco estudos a indicar que os grupos de controle apresentaram melhores resultados do que o grupo experimental. Gresham (1991, cit. in Gresham, Sugai & Horner, 2001), refere que uma vez que o objectivo da intervenção é produzir uma diferença de valores entre a linha de base e o momento pós-intervenção, uma falha nessa diferença pode dever-se a uma intervenção pouco robusta ou pouco intensa, tendo em consideração a severidade dos problemas de comportamento. Referem que uma intervenção de 30 horas por 10-12 semanas não é suficiente.

Gresham, Sugai e Horner (2001) analisaram 6 estudos (Ager & Cole, 1991; Gresham, 1981b, 1985; Hollinger, 1987; McIntosh et al, 1991; Zaragoza et al., 1991) sobre competências sociais envolvendo alunos com deficiência. Com base nestas 6 narrativas, as seguintes conclusões foram tiradas:

(1) as estratégias mais eficazes dos programas de promoção de competências pessoais e sociais parecem ser uma combinação de modelagem, *coaching* e reforço de procedimentos (Gresham, 1981b; Hollinger, 1987);

(2) a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (e.g., resolução de problemas sociais, auto-instrução) parece ser fraca (Ager & Cole, 1991; Gresham, 1985);

(3) um problema recorrente patente na literatura é a dificuldade dos investigadores demonstrarem ganhos consistentes e duradouros nas competências sociais em diferentes contextos e ao longo do tempo (Gresham, 1981b, 1985);

(4) estudos de intervenção cognitivo-comportamental tendem a obter resultados sem validade social (e.g., tarefas de resolução de problemas, *role play* comportamental, cognição social) e falham na obtenção de informação que nos diga de que forma as melhorias nestas medidas se traduzem em comportamentos socialmente adequados em cenários naturalistas (Ager & Cole, 1991; Gresham, 1985; Hollinger, 1987);

(5) parece haver uma relação entre o número de sessões do programa de competências sociais e os efeitos na intervenção (McIntosh et al, 1991);

(6) os programas de promoção de competências sociais que adequam os déficits de competências sociais às estratégias de intervenção são os mais susceptíveis de produzir resultados positivos (McIntosh et al, 1991; Zaragoza et al, 1991).

Sobre a análise de intervenções para comportamentos anti-sociais, Kazdin (1987, cit. in. Gresham, Sugai & Horner, 2001), sugere que a idade optimal para intervir é anterior aos 8 anos, se o objectivo for alterar o seu padrão de comportamento. Depois dessa idade, diz o autor que as intervenções apenas conseguem “controlar” o comportamento em vez de o alterar.

Evans, Axelrod e Sapia (2000) sugerem estratégias para aumentar a eficácia dos programas de promoção de competências pessoais e sociais: programas individualizados para ir de encontro às necessidades específicas de cada criança num particular contexto social, e manter o focus numa série de actividades planeadas e estruturadas para potenciar a generalização.

5.1 ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA E DA ESCOLA

A família e a escola são considerados como contextos privilegiados no interior dos quais ocorre o desenvolvimento pessoal e social. Se os modelos sociais são inexistentes, inadequados ou pouco satisfatórios (Matos & Simões, 2001) aumenta a possibilidade de a criança vir a desenvolver problemas de comportamento social. Tendo como base as teorias de Bronfenbrenner (1977) e Belsky (1980), Cicchetti e Lynch (1993, cit. in. Matos, Dadds & Barrett, 2008) apresentam um modelo ecológico transaccional no qual contextos ecológicos de vários níveis se influenciam mutuamente e têm impacto na vida das crianças e adolescentes. O modelo descreve como os diferentes níveis da ecologia do indivíduo (p.e. cultura, comunidade, família, indivíduo) se podem inter-influenciar. É sugerido que o impacto que factores (p.e. o isolamento social) a um nível (p.e. comunidade), podem ter a um outro nível (p.e. família), são determinados pela presença de factores de protecção e de vulnerabilidade.

Os resultados do estudo de Simões, Matos, Diniz, Tomé, Ferreira e Sousa (2007) mostram que os recursos externos (família, comunidade, pares) constituem importantes determinantes dos recursos internos (competências pessoais e sociais) que por sua vez constituem um factor determinante do bem-estar global dos adolescentes com NEE. De entre os vários recursos externos, a família destacou-se como o factor com mais impacto, seguido da comunidade e dos amigos. Todos estes factores apresentaram um impacto positivo, o que quer dizer que, quanto maiores forem os recursos nestes contextos, maior será o bem-estar global destes adolescentes. Também os resultados do estudo de Cavaco (2010) indicam que os adolescentes percebem as atitudes educativas como sendo exercidas no contexto de um clima emocional de suporte, o que parece contribuir para o desenvolvimento de comportamentos resilientes. Matos e Spence (2008), nos estudos revistos em relação à família, indicam que existem dois factores cruciais que mediatizam a influência dos factores de risco ambiental no desenvolvimento de perturbações emocionais e de comportamento: as competências parentais e os padrões de comunicação adolescente- pais.

Kolb e Hanley-Maxwell (2003) fizeram uma investigação qualitativa sobre as visões parentais de competências sociais críticas em adolescentes com deficiência. Os pais deste estudo partilharam as suas crenças de que a inteligência emocional e o temperamento têm um papel decisivo no desenvolvimento social e emocional dos seus filhos. Os resultados indicaram que, embora os pais concordem que a performance académica é importante, desejam que os seus filhos desenvolvam competências em

duas áreas principais: (a) competências interpessoais e intrapessoais, como a comunicação, a escuta, a interpretação e o discernimento; e (b) o desenvolvimento moral, que inclui áreas como o carácter, empatia e a perseverança/motivação.

Evans, Axelrod e Sapia (2000), pelos estudos que analisaram, verificaram que uma combinação de um programa de competências pessoais e sociais e de um treino parental torna-se mais eficaz que qualquer uma das intervenções isoladas.

Relativamente à escola e à comunidade, sabemos que apresentam, tal como a família, um forte impacto no ajustamento dos adolescentes. Dados de vários estudos têm mostrado que a ligação à escola e a existência de elementos significativos no contexto comunitário são importantes para o bem-estar do adolescente e constituem um importante factor de protecção face ao comportamento desviante. Concretamente em relação à escola, vários estudos têm mostrado que a percepção de um bom ambiente escolar e de segurança, o sentimento de pertença à escola e de ligação com os colegas e com os professores são factores de protecção importantes com impacto não só no sucesso escolar, mas também no bem-estar (Bonny, Britto, Klostermann, Hornung, & Slap, 2000; Samdal, Dur, & Freeman, 2004; Simões, 2007). Simões, Matos, Ferreira e Tomé (2010) na sua investigação verificaram que os adolescentes com NEE valorizam bastante a escola. No estudo de Simões, Matos, Tomé, Ferreira, Diniz e Equipa do projecto Aventura Social (2009b), verificou-se que os adolescentes com NEE valorizam o ambiente escolar, como local onde estabelecem relações com pares e adultos de forma privilegiada.

Ainda Evans, Axelrod e Sapia (2000) sugerem que os programas de competências pessoais e sociais cumprem melhor os objectivos a que se propõem se forem aplicados em contexto escolar, pois é o contexto ideal para se poder interagir com a criação/jovem, os seus pares e adultos significativos.

5.2 O IMPACTO DAS COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS NOUTRAS ÁREAS DA VIDA

Foi preocupação desta investigação aferir os comportamentos sociais dos adolescentes, mas também o bem-estar e a repercussão na sua qualidade de vida. A *World Health Organization Quality of Life Group* [WHOQOL] (cit. in Phillips, 2006) ilustra a qualidade de vida como um conceito genérico, como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal

e Ravens-Sieberer (2008b) referem um construto ligeiramente diferente: a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), e é descrita como um constructo que engloba componentes do bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, como são percebidos pelos próprios e pelos outros.

Existem evidências de que a deficiência muitas vezes acompanha-se de comorbilidade associada à saúde mental. O estudo HBSC/OMS realizado em Portugal (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003) mostrou que os adolescentes com NEE referem ter mais sintomas físicos e psicológicos do que os outros adolescentes. Ainda no estudo de Simões, Matos, Tomé, Ferreira, Diniz e Equipa do projecto Aventura Social (2009b), verificaram que os adolescentes com NEE se sentem menos felizes, mais tristes ou sozinhos e têm pior percepção da sua saúde.

Num estudo aplicado a crianças australianas, Dix, Shearer, Slee e Butcher (2010) verificaram que quando se analisou a amostra que tinha uma deficiência, aplicando critérios de cotação de normal/ limítrofe e anormal, verificaram que 37% tinham uma classificação cotada como anormal em relação aos seus níveis de saúde mental. Quando a amostra tinha duas ou mais deficiências, já eram 56% que tinham uma classificação anormal em relação à sua saúde mental.

Já Gresham e Elliott (1990, cit. in Gresham, Sugai & Horner, 2001) alargaram o modelo de classificação de competências sociais para incluir os problemas de comportamento. Os problemas de comportamento, segundo estes autores, podem ser internos ou comportamentos super-controlados (e.g., ansiedade, depressão, isolamento social) ou problemas externalizados ou sob-controlados (e.g., agressão, comportamentos disruptivos, impulsividade).

Ao promover competências relacionadas com a resiliência, Luthar (1991, cit. in Daniel & Wassell, 2002) recomenda certa prudência por se tratar de uma questão complexa. Pois ilustra, que por vezes, os jovens aparentam estar a lidar bem com a adversidade, mas podem na verdade estar a internalizar os seus sintomas. É necessário portanto fazer uma avaliação abrangente, aferindo outras áreas da vida.

6. CONCLUSÃO

A adolescência é por si só, uma fase do desenvolvimento humano de muitas transformações e desafios, que necessitam de ser ultrapassados com recurso a factores protectores. Nem sempre esses factores protectores estão activados ou apreendidos, e a dinâmica própria do funcionamento intelectual, emocional e social do indivíduo influencia a forma como lida com a adversidade, que se traduz na sua resiliência.

As pessoas que são consideradas de resilientes são proactivas quando confrontadas com desafios e adaptam-se às dificuldades através de recursos internos (competências pessoais e sociais, como a comunicação e cooperação, empatia, auto-eficácia, capacidade de resolução de problemas e ter objectivos e aspirações em relação ao seu futuro) e externos (família, escola e comunidade), mantendo o equilíbrio necessário para um bom funcionamento físico, mental e social.

Nos adolescentes com necessidades educativas especiais (NEE), como resultado das suas limitações e do período de vida que atravessam, aliado a um ambiente com barreiras, frequentemente surgem alterações comportamentais e emocionais que comprometem a sua capacidade de ser resilientes. Um programa desenhado para intervir nos factores de risco e potenciar os factores protectores torna-se prioritário para estes jovens.

Já muitas investigações existem sobre programas de competências pessoais e sociais aplicados a vários tipos de população. Em relação à população adolescente com necessidades educativas especiais, mais concretamente com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, mais estudos precisam de ser desenvolvidos nesta área.

Apesar de não ser consensual entre os autores a eficácia dos programas de competências pessoais e sociais a alunos com estas características, é unânime que existem lacunas por vezes graves nessas suas competências, que precisam de ser investidas.

O paradigma actual vai na linha de nos interrogarmos de que forma poderemos tornar os programas mais eficazes e como poderemos activar os recursos internos e externos considerados factores de protecção.

REFERÊNCIAS

Benard, B. (1995). *Fostering resilience in children*. Retrieved in 10th November from <http://resilnet.uiuc.edu/library/benard95.html>

Bonny, A. E., Britto, M. T., Klostermann, B. K., Hornung, R. W., & Slap, G. B. (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics*. Retrieved in 10th November from www.findarticles.com

Canha, L. N. & Neves, S., M. (2008). *Promoção de Competências Pessoais e Sociais – Desenvolvimento de um Modelo adaptado a crianças e jovens com deficiência: Manual Prático*. Lisboa: Instituto Nacional de Reabilitação.

Cavaco, N. (2010). *Atitudes Educativas Parentais e Resiliência no Adolescente*. Recuperado em 18 de Junho em www.psicologia.pt

Daniel, B. & Wassell, S. (2002). *Adolescence – Assessing and Promoting Resilience in vulnerable children* 3. London: Jessica Kingsley Publishers.

Dix, K., Shearer, J., Slee, P. & Butcher, C. (2010). *Kidsmatter for Students with a Disability – Evaluation Report*. Ministerial Advisory Committee: Students with Disabilities. The Centre for Analysis of Educational Futures, Flinders University, Australia. Retrieved in 4th November at <http://www.kidsmatter.edu.au/primary/uploads/2009/10/KMP-for-students-with-a-disability-report.pdf>

European Agency for Development in Special Needs Education (2004). Key Principles for Special Needs Education. Recommendations for Policy Makers. Available from http://www.european-agency.org/publications/agency_publications/

Evans, S., Axelrod, J. & Sapia, J. (2000). Effective School-Based Mental Health Interventions: Advancing the Social Skills Training Paradigm. *Journal of School Health*, May 2000, Vol. 70, No 5, 191-194.

Filipe, S. C. (2011). *Estudo das Propriedades Psicométricas das Escalas de Resiliência para Adolescentes de Prince-Embury, Tese de Mestrado em Reabilitação Psicomotora*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Freitas, E. (2010). *Impacto de um programa de competências pessoais e sociais em crianças de risco, Tese de Mestrado em Educação Especial*. Braga: Escola de Educação da Universidade do Minho.

Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. P, Leal, I. & Ravens-Sieberger, U. (2008a). Aplicações e implicações clínicas. Versões reduzidas do Instrumento KIDSCREEN, in Gaspar, T. & Matos, M., G. (coord.), *Qualidade de vida em crianças e adolescentes – versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN – 52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.

Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. P, Leal, I. & Ravens-Sieberger (2008b). Qualidade de Vida nas Crianças e Adolescentes: aspectos teóricos e proposta de um Instrumento de Intervenção Transcultural, in Gaspar, T. & Matos, M., G. (coord.), *Qualidade de vida em crianças e adolescentes – versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN – 52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.

Gresham, F. M., Sugai, G. & Horner, R. H. (2001). Interpreting Outcomes of Social Skills Training for Students with High-Incidence Disabilities. *Journal of Exceptional Children*, v67, no3, Spr 2001, pp 31-44.

Kolb, S. & Hanley-Maxwell, C. (2003). Critical Social Skills for Adolescents With High Incidence Disabilities: Parental Perspectives. *Council for Exceptional Children*. Vol. 69, No. 2, pp. 163-179. Retrieved in 4th November in <http://www.sbac.edu/~werned/DATA/RESEARCH/journals/Excep%20Children/critical%20social%20skills.pdf>

Leitão, A. I., Lombo, C. & Ferreira, C. (2008). O contributo da Psicomotricidade nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *Revista Diversidades*, nº 22. Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação da Madeira. Recuperado a 5 de Novembro do site http://www.madeira-edu.pt/Portals/7/pdf/revista_diversidades/revistadiversidades_22.pdf

Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N. & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental Psychology*, 11, 143-169.

Matos, M. G.; & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Edições Faculdade de Motricidade Humana: Lisboa.

Matos, M. G. (2008). Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola, In Margarida Gaspar de Matos (Ed.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*, pp 519-659. Lisboa: Edições CDI/FMH. Recuperado em 5 de Novembro de 2011 em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Comunicacao.Gestao.de.conflitos.e.Saude_2005R.pdf

Matos, M. G., Dadds, M. & Barrett, P. (2008). A ligação escola-família e a saúde mental dos adolescentes. In Margarida Gaspar de Matos (Ed.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*, pp 129-144. Lisboa: Edições CDI/FMH. Recuperado em 5 de Novembro de 2011 em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Comunicacao.Gestao.de.conflitos.e.Saude_2005R.pdf

Matos, M. G. & Simões, C. (2001). Corpo, Psicomotricidade e Comportamento Social. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade*, pp. 159-164, Lisboa: Edições FMH

Matos, M. G. & Spence, S. (2008). Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes In Margarida Gaspar de Matos (Ed.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*, pp 56-73. Lisboa: Edições CDI/FMH. Recuperado em 5 de Novembro de 2011 em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Comunicacao.Gestao.de.conflitos.e.Saude_2005R.pdf

Melo, A. P. L. (2008). *Qualidade de vida e promoção da saúde de pessoas com deficiência. Estudo dos determinantes e relações da qualidade de vida e saúde de jovens com deficiência numa amostra nacional e em Almada, Tese de Doutoramento no ramo de Motricidade Humana na Especialidade de Educação Especial e Reabilitação*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Ojeda, E. N. S., Infante, F. & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de La Salud/OMS.

Paladini, M. A., d., Daverio, P., Moreno, E. & Montero, J. P. (2005). Promoção da Resiliência em Adolescentes de uma Escola Semi-Rural. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Eds.), *Resiliência descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 119-129). Porto Alegre: Artmed

Phillips, D. (2006). *Quality of Life: concept, policy and practice*. London and New York: Routledge Group.

Resnick, M. D. (2000). Protective factors, resiliency and healthy youth development. *Adolescent Medicine*, 11(1), 157-165.

Rutter, M. (1996). Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Eds). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 354-385). New York: Cambridge University Press

Samdal, O., Dur, W., & Freeman, J. (2004). Life circumstances of young people - School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2001survey* (pp. 42-51). Copenhagen: World Health Organization.

Santos, S. & Morato, P. (2007). Estudo Exploratório do Comportamento Adaptativo no domínio Psicomotor em populações portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, nº9 (2007), Cruz Quebrada: Edições Associação Portuguesa de Psicomotricidade. pp. 21-31.

Simões, C. (2005). Resiliência e saúde. In M. G. Matos, *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (3ª Ed. revista e ampliada) (pp.51-60). Lisboa: FMH/CDI.

Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Simões, C. (2009). Resiliência: Competência na adversidade. In M. G. Matos & D. Sampaio (Orgs.). *Jovens com Saúde: Diálogo com uma geração* (pp. 218-233). Lisboa: Texto.

Simões, C., Matos, M. G., Diniz, J. A., Tomé, G., Ferreira, M. & Sousa, A. (2007). *Risco e Resiliência em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais: Família e Auto-estima como recursos em destaque*. Cruz Quebrada: FMH.

Simões, C., Matos, M. G. d., Tomé, G., Ferreira, M., Lebre, P., Sousa, A., et al. (2007). *Risk and Resilience in Adolescents with Special Educational Needs*. Paper presented at the Xth European Congress of Psychology, Prague – Czech Republic.

Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., Ferreira, M., Diniz, J. A. & Equipa do projeto Aventura Social (2009a). *Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência*. Lisboa: Edições Aventura Social/FMH

Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., Ferreira, M., Diniz, J. A. & Equipa do projeto Aventura Social (2009b). *Risco e Resiliência em Adolescentes com NEE – Da teoria à prática*. Lisboa: Edições Aventura Social/FMH

Simões, C., Matos, M. G., Ferreira, M., & Tomé, G. (2010). Risco e Resiliência em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais: Desenvolvimento de um Programa de Promoção da Resiliência na Adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 101-119.

Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., Ferreira, M. & Chaínho, H. (2010). School satisfaction and academic achievement: The effect of school and internal assets as moderators of this relation in adolescents with special needs. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 1177-1181.

Ungar, M. (2005). A Thicker Description of Resilience. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, Nos. 3 & 4, 89-96.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.

WHO, The World Bank (2011). *World Report on Disability*. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/index.html

Windle, M. (1999). Critical conceptual and measurement issues in the study of resilience. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 161-176). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Zsolnai, A. & Józsa, K. (2003). Possibilities of criterion referenced social skills development. *Journal of Early Childhood Research* 2003; 1; 181.

**ESTUDO DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE
PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA E DE COMPETÊNCIAS
PESSOAIS E SOCIAIS EM ADOLESCENTES COM
DIFICULDADES INTELECTUAIS E
DESENVOLVIMENTAIS – ESTUDOS DE CASO**

- ARTIGO EMPÍRICO -

RESUMO

A finalidade deste estudo foi a de verificar o impacto de um Programa de promoção da Resiliência e de Competências Pessoais e Sociais (PRCPS) de 19h30, a cinco jovens com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A investigação foi desenvolvida através de estudos de caso, e os resultados são os seguintes: num deles, o PRCPS parece não ter surtido efeito; noutro jovem o PRCPS introduziu ligeiras melhorias mas pôs em evidência ou potenciou os seus sintomas emocionais; a outros dois, o PRCPS demonstrou ser benéfico; por último, existe um estudo de caso cujos dados que obtivemos são inconclusivos.

No final são levantadas questões que pretendem servir de recomendações para uma melhor eficácia em estudos posteriores.

Palavras-Chave: Adolescência; Saúde; Risco; Educação Especial; Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais; Resiliência; Competências Pessoais e Sociais; Cooperação e comunicação; Auto-eficácia; Empatia; Resolução de problemas; Auto-conhecimento; Objetivos e aspirações

ABSTRACT

The purpose of this study was to verify the impact of a Resilience, Personal and Social Skills Promoting Program (PRCPS) of 19h30m, to a group of five young people with developmental and intellectual disabilities. The research was developed through case studies, and the results are as follows: in one, the PRCPS seems to have had no effect; in another adolescent, PRCPS inflicted minor improvements but highlighted their emotional symptoms; in another two, the PRCPS shown to be beneficial; at last, there is a case study whose data obtained was inconclusive. Finally we raise issues that are intended as recommendations for improved effectiveness in subsequent studies.

Keywords: Adolescence; Health; Risk; Special educational needs; Disability; Resilience; Personal and Social Skills; Cooperation and communication; Self-Efficacy; Empathy; Problem Solving; Self-Awareness; Goals and aspirations.

1. INTRODUÇÃO

Os adolescentes com necessidades educativas especiais são confrontados com os desafios próprios da adolescência, mas em muitos casos com outros desafios determinados por factores pessoais ou envolvimentoais. Perante este cenário torna-se fundamental intervir o mais cedo possível (European Agency for Development in Special Needs Education, 2004), promovendo factores de protecção que permitam a estes adolescentes lidar com sucesso com os desafios e as adversidades que se lhes colocam.

Para fazer face a estas preocupações, existem vários programas de promoção de resiliência e de competências pessoais e sociais (Canha & Neves, 2008; Simões, Matos, Tomé, Ferreira, Diniz & Equipa do Projecto Aventura Social, 2009a; Freitas, 2010) criados para capacitar o próprio e os intervenientes nos seus contextos de vida, no sentido de se obter uma diminuição do risco e uma activação dos recursos de apoio.

A presente investigação segue uma abordagem de estudos de casos, a 5 jovens com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos que frequentam Actividades de Complemento Curricular numa escola EB2,3, sendo que nesse horário foi-lhes administrado um Programa de Promoção de Resiliência e de Competências Pessoais e Sociais adaptado a esta população.

2. RESILIÊNCIA E COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS

Entre as múltiplas definições de resiliência que é possível encontrar, talvez a mais consensual, como refere Windle (1999), seja a de uma adaptação com sucesso às tarefas da vida em condições de desvantagem social ou situações fortemente adversas. A resiliência parece assim ser um processo dinâmico e não necessariamente uma capacidade excepcional que nos torna transcendentais ou invulneráveis à adversidade (Beauvais & Oetting, 1999; Pereira, 2001; Ralha-Simões, 2001, cit in Simões, Matos, Ferreira & Tomé, 2010).

Devido a grandes avanços nas investigações, os factores protectores que estão na génese de comportamentos positivos estão a ficar melhor conhecidos (Rutter 1985; Werner & Smith 1992, cit. in Daniel & Wassell, 2002). A existência de factores protectores, face aos factores de risco, pode explicar porque é que um jovem pode ultrapassar melhor as adversidades da vida. Cowen (2000, cit. in Armstrong, Birnie-Lefcovitch & Ungar, 2005) numa revisão da literatura, identificou quatro variáveis que

promovem o bem-estar da criança: variáveis do prestador de cuidados, variáveis do ambiente familiar (relacionamento saudável com o parceiro, o bom relacionamento entre os membros da família), variáveis da criança e ausência de factores graves de stress. Também Benard (1995) salienta a importância destes factores de protecção para a obtenção de resultados positivos nas diversas áreas de vida, nomeadamente competências de cooperação e comunicação, empatia, resolução de problemas, auto-eficácia, auto-conhecimento e ter objectivos e aspirações. De acordo com Benard, os recursos externos ajudam a desenvolver estas competências pessoais e sociais e assim despoletar a resiliência que existe em cada indivíduo. Esta visão é partilhada por vários autores (Matos, Gonçalves, Dias, Gaspar, & Simões, 2003) e aponta para o facto de que qualquer trabalho de acção directa sobre o indivíduo deverá abordar os seus contextos de vida e envolver os seus intervenientes, no sentido de se obter uma diminuição do risco e uma activação dos recursos de apoio.

A literatura indica que existem vários programas de promoção de competências pessoais e sociais implementados em crianças e adolescentes que apresentaram sucesso. No entanto, quando aplicado a crianças ou adolescentes com deficiência, os resultados não são tão concludentes. Meta-análises da literatura efectuadas por Gresham, Sugai e Horner (2001) sugerem que os programas de competências sociais frequentemente não produzem mudanças com significado, socialmente importantes, de longo prazo, ou mudanças generalizadas nas competências sociais de estudantes com deficiência grave. Existem várias explicações para a discrepância de resultados nas investigações: (a) características da população, (b) adequação da intervenção ao tipo de défice de competências sociais; (c) problemas de integridade da intervenção, (d) questões de avaliação, e (e) questões de generalização. Evans, Axelrod e Sapia (2000) sugerem estratégias para aumentar a eficácia dos programas de competências pessoais e sociais: programas individualizados para ir de encontro às necessidades específicas de cada criança num contexto social particular, e manter o foco numa série de actividades planeadas e estruturadas para potenciar a generalização. Para além destes aspectos, vários autores consideram também que para a população em questão, existe uma relação directamente proporcional entre a intensidade do programa e os benefícios adquiridos (Gresham, Sugai & Horner, 2001; McIntosh et al, 1991, cit. in Gresham, Sugai & Horner, 2001).

3. OBJECTIVO

O presente estudo pretende, por um lado, contribuir para uma melhor compreensão dos benefícios da implementação de programas de competências pessoais e sociais em jovens com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais; por outro lado, verificar o entendimento que os vários intervenientes no processo educativo dos jovens (o próprio, os professores e os pais) têm da aplicação do programa, ao nível dos factores internos de resiliência e do bem-estar percebido.

3.1 . QUESTÕES DO ESTUDO

- Em que medida é que os jovens com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais melhoram os seus recursos internos associados à resiliência, pela frequência de um programa de promoção da resiliência e de competências pessoais e sociais?
- Em que medida a percepção das competências e evoluções é similar para várias fontes (jovem, pais e professores)?
- Existem relações entre as competências pessoais e sociais adquiridas e o bem-estar percebido, e capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais ?

4. MÉTODO

4.1 AMOSTRA

A população alvo é composta por 5 jovens com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, que estavam inscritos, à data do estudo, nas Actividades de Complemento Curricular ministradas pela investigadora na escola EB2,3 que frequentavam, situada nos Olivais – Lisboa. Os jovens participantes eram alunos do 5º, 6º ou 7º ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos, e eram apoiados a maior parte do horário lectivo numa Unidade de Apoio Especializado à Multideficiência (UAEM), frequentando também algumas disciplinas curriculares da sua turma.

Tabela 4.1.1 – Caracterização da amostra: idades, média, desvio padrão, ano de escolaridade e género por estudos de caso (EC).

	EC1	EC2	EC3	EC4	EC5
Idades	14	12	14	12	12
Média	12,8				
Desvio Padrão	0,89				
Ano de escolaridade	7º	6º	5º	5º	5º
Género	M	F	F	M	M
Masculino	3				
Feminino	2				

5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO (ANEXO A)

5.1 *Healthy Kids RAM - Healthy Kids Resilience Assessment Module* (Constantine & Benard, 2001)

Este instrumento é uma ferramenta abrangente de auto-reporte para estudantes, do 5º ao 12º ano de escolaridade, que monitoriza o ambiente escolar e a saúde dos estudantes em risco. Avalia recursos internos e externos associados com o desenvolvimento positivo da juventude e o sucesso escolar (Hanson & Kim, 2007).

Existindo já uma versão adaptada à população portuguesa por Martins (2007), apenas se aplicou o questionário dos recursos internos, por se verificar, *à priori*, que não haveria tempo para se analisar e intervir nos recursos externos (escola, família e comunidade). As escalas dos recursos internos são: cooperação e comunicação, auto-conhecimento, auto-eficácia, resolução de problemas, empatia e objectivos e aspirações. Existe um total de 18 itens (3 itens por 6 escalas). Cada item tem 4 opções de resposta: *totalmente falso* (0); *um pouco certo* (1); *bastante certo* (2); *muito certo* (3). Cada escala pode ter uma cotação mínima de 0 valores (depreciativo) e máxima de 9 (valorativo).

Foram alteradas as duas últimas perguntas relativas à escala objectivos e aspirações, pois na sua versão original, são questões desajustadas da realidade da amostra: “...penso terminar a escola secundária”; “...penso continuar a estudar após terminar a escola secundária”. Estas questões foram substituídas por “...penso vir a ter uma profissão”; “...penso vir a ter uma ocupação que me deixe feliz”.

Foi feita uma adaptação deste questionário para adultos (pais e professores), sendo a única diferença ao nível do sujeito verbal.

5.2. SDQ - *The Strengths and Difficulties Questionnaire* - Questionário das

capacidades e dificuldades (Goodman, 1997). É um questionário que averigua capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais, aplicada a crianças e jovens dos 3 aos 16 anos. O SDQ é composto por 25 itens organizados em cinco escalas: problemas do comportamento, comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais e problemas de conduta e de relacionamento. Cada item tem três opções de resposta, que são cotadas entre 0 e 2: *não é verdade (0); é um pouco verdade (1); é muito verdade (2)*, sendo que os valores invertem em alguns itens. Cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 (depreciativo) e 10 (valorativo).¹ Existe uma versão de auto-avaliação, uma versão para pais e outra para professores. Este instrumento possui também um suplemento sobre o impacto, referente à percepção do inquirido se o jovem manifesta um ou mais problemas, e em caso afirmativo, informar mais sobre a cronicidade, a angústia, o comprometimento social e o encargo para os outros (Goodman, 1999). Os critérios de cotação são diferentes para os vários intervenientes, e os intervalos de cotação situam o caso em três níveis: normal, limítrofe e anormal.

5.3 *Kidscreen-10* (Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal, & Ravens-Sieberer, 2008a) – Este

instrumento avalia o bem-estar e a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), tanto de crianças e adolescentes saudáveis como dos que apresentam uma condição crónica, entre os 8 e os 18 anos de idade. Existem várias versões, e para este estudo foi utilizada a versão mais reduzida, o *KIDSCREEN-10*, que constitui um instrumento unidimensional, de apenas 10 itens. Cada item tem 5 opções de resposta: *nada (0); pouco (1); moderadamente (2); muito (3) e totalmente (4)*, sendo que em alguns itens a cotação é invertida. O valor total da cotação do instrumento pode variar entre 0 e 40. Um valor baixo neste instrumento reflecte sentimentos de infelicidade, insatisfação e desadequação face aos diversos contextos da vida das crianças e adolescentes, nomeadamente, família, grupo de pares e escola. Uma cotação elevada revela uma sensação de felicidade, percepção de adequação e satisfação com os seus contextos (Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal & Ravens-Sieberer, 2008a). Existe uma versão de auto-avaliação e uma versão para pais.

¹ Para a escala do comportamento pró-social o valor da cotação é invertido, dado que valores mais elevados são valorativos.

6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Em Janeiro agilizaram-se os procedimentos para a autorização da implementação do estudo na escola EB2,3. Primeiramente, foi dirigido um pedido ao conselho pedagógico, que depois de aprovado por este órgão foi dirigido aos encarregados de educação dos alunos, tendo-se obtido também neste caso resposta positiva (ANEXO B).

Os questionários foram entregues aos pais dos jovens, explicando que teriam que ser preenchidos em três momentos antes da intervenção, mais outro momento após a intervenção (ANEXO C). Foi salientada a importância de ser sempre a mesma pessoa a responder ao longo do tempo. O mesmo foi explicado ao professor, no caso o docente de Educação Especial de cada jovem (2 docentes, cada um com 2 alunos participantes no estudo, mais outro docente com um aluno).

Os jovens preencheram os questionários na escola, num horário não coincidente com as sessões do Programa de promoção da Resiliência e de Competências Pessoais e Sociais (PRCPS). Antes do seu preenchimento, assinaram um documento não oficial, em que se comprometiam a reportar a sua opinião genuína – essa folha foi sempre apresentada ao longo dos vários momentos de avaliação. O preenchimento dos questionários na versão de auto-avaliação só foi possível com a ajuda da investigadora, através da leitura dos itens e do registo das respostas. Foi ainda criado um suporte visual que ajudasse os alunos a concretizar o nível de veracidade e falsidade das questões dos instrumentos de avaliação face à situação pessoal: vários frasquinhos iguais e com enchimento de areia, desde vazio (falso), intermédios cheios e totalmente cheios (verdade) (ANEXO D). As tampas apresentavam um degradé de cor que se ajustava aos critérios de veracidade (cor intensa) e falsidade (cor esbatida). Conforme o número de opções de resposta dos questionários, que variavam entre si, eram apresentados o mesmo número de frasquinhos, sendo que para além de uma possível resposta verbal, os jovens tinham que apontar para o copinho que correspondia ao seu julgamento, procedendo-se ao registo. Esse momento era individual, e a investigadora limitava-se a ler os itens e a estar atenta aos sinais de que eles poderiam não estar a entender a pergunta, para explicar de outra forma. Os questionários relativos ao mesmo indivíduo foram emparelhados com os dos seus relativos (pais e professores) para um mesmo momento de recolha. Os dados dos questionários foram tratados numa base de dados do *software Microsoft Excel* e procedeu-se à análise quantitativa, através de somas, médias e variâncias.

Em Março foram entregues os primeiros questionários a todos os intervenientes, sendo preenchidos mais duas vezes antes da intervenção, com 15 dias de intervalo (3

preenchimentos no total), o que constituiu a **linha de base**. Procurou-se seguir as indicações de Lee (2010), segundo o qual as linhas de base devem ser: (1) suficientemente longas para serem úteis na avaliação dos problemas do cliente; (2) suficientemente estáveis para permitir estimativas de frequência de valores, caso não houvesse intervenção; (3) ter um mínimo de 3 observações (mas 10 são recomendadas se for eticamente e realisticamente possível). O fundamental é obter suficientes medições para que seja improvável que factores externos (como mudanças no ambiente, história, etc.) sejam responsáveis pelas melhorias que ocorram no comportamento alvo após o início da intervenção.

A **intervenção** teve início no mês de Maio e durou até ao final do ano lectivo escolar (meados de Junho). No total foram aplicadas 19h30 de intervenção do Programa de promoção de Resiliência e de Competências Pessoais e Sociais (PRCPS). Para além destas horas, foi ainda disponibilizado um tempo de revisões individuais com cada aluno, correspondente a uma média de 20 minutos por cada tema abordado.

7. O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA E DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS (ANEXO E)

As sessões do programa foram organizadas com base nos objectivos que se pretendiam atingir por tema, tendo como ponto de partida as seis escalas do *Healthy Kids RAM*. Desta forma, o programa construiu-se de maneira a que semanalmente fosse explorado um tema: Cooperação e comunicação (3h), Auto-conhecimento (4h30), Auto-eficácia (4h30), Resolução de problemas (4h30), Empatia (3h), Objectivos e aspirações (não foi realizado por interrupção da escola devido a exames do 9º ano). No total foram ministradas e partilhadas 19h30 de intervenção. Para além deste tempo, foram também feitas revisões e avaliações intermédias dos temas, que se realizavam individualmente com cada aluno semanalmente. As várias actividades implementadas para a concretização dos objectivos foram em parte da autoria da investigadora e em parte baseadas nos seguintes livros:

- Talk with teens about feelings, family, relationships, and the future (Peterson, 1995).
- Promoção de Competências Pessoais e Sociais – Desenvolvimento de um Modelo adaptado a crianças e jovens com deficiência: Manual Prático (Canha & Neves, 2008).

- Aventura Social & Saúde – Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência (Simões, Matos, Tomé, Ferreira, Diniz & Equipa do Projecto Aventura Social, 2009a).
- Impacto de um Programa de Competências Pessoais e Sociais em crianças de risco (Freitas, 2010).

Todos os membros do grupo já se conheciam na altura da aplicação do PRCPS, pois a investigadora já conduzia sessões de Psicomotricidade nas Actividades de Complemento Curricular. Desta forma, já havia estratégias de organização da sessão e de contenção do grupo, e todos os elementos se sentiam confortáveis.

As sessões tinham uma periodicidade trissemanal com uma duração aproximada de 1h30. No entanto, dado que as sessões estavam enquadradas nas Actividades de Complemento Curricular, um dos alunos só pode frequentar 2 vezes por semana, e ocasionalmente houve faltas de outros alunos e interrupções lectivas que condicionaram a implementação das sessões trissemanalmente tal como mencionado.

A estrutura das sessões era composta pelas seguintes etapas:

1. Momento de consciencialização no tempo e no espaço;
2. Recordação do tema da semana passada. Análise e colocação na parede do seu trabalho de casa;
3. Apresentação do tema e actividades do PRCPS;
4. Resumo das actividades e debate em equipa sobre o que aprenderam com eles.

Tanto as actividades como a linguagem utilizada foram bastante simplificadas e houve quase sempre adesão por parte dos jovens. Sempre que possível, os jogos tinham um cariz psicomotor, com o objectivo de utilizar o corpo como meio de expressão, de comunicação e de aprendizagem.

Cada actividade teve sempre algum elemento visual para no final da sessão servir de chamada para os jogos abordados. Antes de se iniciar outro tema do PRCPS, individualmente, a investigadora fazia revisões com os alunos, mostrando os elementos visuais dos jogos, perguntando o que se lembravam de ter aprendido, sendo que, posteriormente, preenchiam o questionário do *Healthy Kids RAM* relativo a esse mesmo tema. Para além de manifestarem o seu grau de concordância com os itens do

questionário, a investigadora perguntava também, segundo a mesma escala e sobre esse tema, se achavam que ainda podiam melhorar com mais sessões do PRCPS. Tomámos esta medida com vista à obtenção de dados das suas percepções imediatamente a seguir à aplicação do módulo do PRCPS, de modo a não ficar exclusivamente dependentes dos dados recolhidos no final da implementação do programa, que poderiam de algum modo ser enviesados pelos problemas ao nível da memória que caracterizam esta população. No entanto, nem sempre foi possível fazer revisões de todos os temas/escalas, por faltas dos alunos ou interrupções lectivas.

Os pais e os professores também estiveram envolvidos no programa, embora não tão intensamente. Os alunos levavam, no final de cada semana, um trabalho de casa sobre o tema abordado, em que se pedia um desenho concreto alusivo à temática (ANEXO F). Aos pais também era pedida a sua colaboração, nomeadamente que monitorizassem o seu filho na concretização do desenho, tendo como guia os tópicos do tema trabalhado nas sessões, que iam incluídos no trabalho de casa, e que fizessem a legenda do mesmo. Para os docentes de Educação Especial, todas as semanas recebiam por correio electrónico uma explicação do tema a ser trabalhado.

No final do ano lectivo, o grupo realizou uma festa onde estiveram presentes os pais, na qual se fez a demonstração das actividades desenvolvidas, exposição de alguns trabalhos e visionamento de um filme com fotografias e trabalhos.

8. ESTUDOS DE CASO

A investigação cingiu-se à metodologia de estudos de caso, por a população alvo ser reduzida (N=5), e sendo estes alunos da investigadora, havia também o interesse de analisar o seu perfil de forma a ser vantajoso para uma intervenção futura, dado serem alunos de continuidade. Tal como preconiza Lee (2010), os *designs single-subject* (ou estudos de caso) são úteis na medida em que: (1) fornecem uma ponte entre a teoria e a prática; (2) muitas vezes não existem grupos de controlo, ou precisamos de avaliar a eficácia de uma pessoa, de um programa, ou de uma entidade; (3) e são úteis para o *feedback* relativamente imediato, barato e prático sobre os progressos do “cliente”.

Utilizou-se o *design* A-B (linha de base – intervenção), sendo que na utilização deste *design*, é necessário fazer medições repetidas do problema ou condição antes do tratamento (A) e medições após o período de tratamento (B). A análise é uma comparação dos dois conjuntos de medições (Jones, 2005). Segundo este mesmo autor, o *design* A-B tem a limitação de ser menos fiável em termos de investigação por

falta de controlo das variáveis externas, mas é um *design* que por vezes está na base de melhores práticas profissionais.

Segundo Ferreira e Serra (2009), a metodologia de estudos de caso tem várias vantagens, nomeadamente: (1) permite uma análise mais detalhada do que as análises estatísticas de amostras grandes (representativas); (2) bom para lidar com situações onde o contexto, a inovação e a criatividade são importantes; (3) permite maior flexibilidade, uma prospecção mais “livre” de novos fenómenos; (4) ensina a tomar decisões e a procurar evidências (informações específicas) que as fundamentam. As fraquezas prendem-se com o facto da análise dos casos ser sujeita a muita subjectividade e pouca objectividade e rigor. A subjectividade está na interpretação de dados qualitativos e nas inferências a partir destes; nos potenciais problemas éticos que podem emanar deste método, quando os vieses do próprio investigador se tornam salientes ou os resultados são influenciados por um agente externo; e nas dificuldades de generalização para além do caso estudo - validade externa - o que constitui a maior crítica a este método de investigação.

Segundo Dunbar (2005), a validade de uma investigação transmite informações sobre as propriedades que o investigador deseja saber, pois é possível, na investigação, acidentalmente medir outras coisas que o investigador não pretendia. Todos os aspectos de uma investigação podem afectar a validade das conclusões desenhadas pelo estudo. Por exemplo, se os participantes ou os materiais são pobremente escolhidos, ou se o *design* confunde as variáveis, pode adversamente afectar as conclusões que podem ser desenhadas. O conceito de validade interna é usado para descrever todas as conexões entre as variáveis que o investigador mediu e as conclusões que quer desenhar. Um estudo tem uma grande validade interna quando a conexão é segura.

Em particular, para a compreensão do construto da resiliência, Ungar (2003) defende que os métodos qualitativos podem trazer uma contribuição substancial. Os métodos qualitativos: (1) são adequados à descoberta dos factores de protecção relevantes para os participantes da pesquisa; (2) fornecem uma descrição densa dos fenómenos em contextos muito específicos; (3) permitem dar poder às vozes minoritárias, gerando resultados positivos localizados; e (4) promovem a tolerância para essas construções localizadas, evitando a generalização, mas facilitando a transferência de resultados.

Os cinco estudos de caso são de seguida apresentados, e serão avaliados quantitativamente e qualitativamente. Os dados do diagnóstico de cada jovem são retirados do seu processo escolar.

8.1 ESTUDO DE CASO 1 (EC1)

O Estudo de Caso 1 (EC1) é do género masculino e tem 14 anos. Como diagnóstico, *“apresenta, em termos globais, um défice cognitivo acentuado, revelando significativas limitações no que concerne aos conhecimentos e cultura geral, bem como, na assimilação de experiências e tarefas que ferem a qualidade das interações entre o jovem e a família”*.

No preenchimento dos questionários, o EC1 manifesta o seu desagrado e a sua ânsia em terminar para poder fazer outras actividades. Nesse registo de pressa, muitas vezes dá a noção que não pensa muito no que se lhe pede, preferindo despachar-se e responder sem grande análise. Quando a investigadora supõe que isso acontece, pergunta-lhe se prefere realizar mais tarde o preenchimento, mas ele recusa sempre, preferindo despachar o assunto.

Nas sessões, o EC1 está frequentemente distraído e a provocar os colegas, sendo que as sessões são muitas vezes interrompidas por estas atitudes. Quando chamado à atenção, realiza as actividades mas exigindo sempre muita atenção e *feedback* positivo.

Para as sessões das revisões, o EC1 não vai motivado. Lembra-se dos jogos realizados ao olhar para os materiais presentes, mas desvia constantemente a atenção para mostrar um desenho que tenha trazido consigo, ou para falar de outra coisa do seu interesse.

O EC1 raramente trazia os trabalhos de casa, facto que o deixava triste, porque via os colegas a trazer e ele também gostaria. Explicava que não os fazia por esquecimento. Foi chamada a atenção do familiar que o vinha buscar para fazerem em família, e que o EC1 gostaria muito de ser lembrado para tal.

O EC1 usufruiu das seguintes horas do PCPS por tema: Cooperação e comunicação: 3h; Auto-conhecimento: 3h; Auto-eficácia: 4h30; Resolução de problemas: 1h30; Empatia: 1h30. **Horas totais do PCPS: 13h30.**

De seguida apresentam-se os resultados obtidos nos três momentos de avaliação relativos ao estabelecimento da linha de base e da avaliação realizada após a intervenção.

No caso do EC1, é importante referir que este jovem teve um acidente no espaço escolar no dia do preenchimento dos questionários do momento pós- intervenção, que o obrigou a ir para o Hospital, acabando por não regressar à escola até ao final do ano lectivo. Por esse motivo, não existem dados pós-intervenção de mais nenhuma fonte para além do Professor.

Tabela 8.1.1 – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas dos recursos internos da resiliência (questionário *Healthy Kids RAM*) segundo o próprio EC1, os pais e o professor.

	Próprio EC1			Pais			Professor		
	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção
Empatia	4,33	5,67	-	1,33	5,33	-	10,33	3,33	5
Resolução Problemas	2,33	7,67	-	2,33	4,67	-	12,00	5,00	3
Auto Eficácia	4,33	6,67	-	0,00	2,00	-	0,33	0,67	1
Cooperação e comunicação	1,33	7,67	-	1,33	4,33	-	1,00	4,00	3
Auto Conhecimento	3,25	6,50	-	2,33	4,67	-	1,00	1,00	0
Objectivos e Aspirações	4,33	7,33	-	5,33	4,67	-	2,33	1,67	0

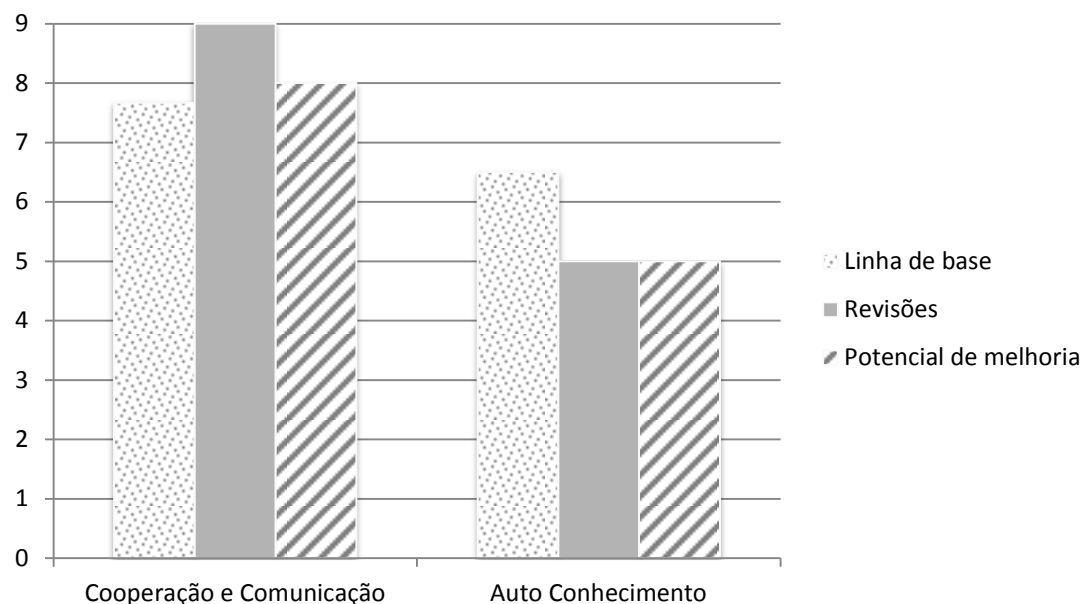
LEGENDA:

LB – Linha de base, correspondente a 3 momentos de avaliação antes da intervenção.

Pela análise da tabela, verifica-se que o próprio EC1 deu respostas um pouco oscilantes na linha de base nos vários domínios, que se reflectiram na variância, que está também igualmente elevada pela percepção do professor, nas escalas da empatia e da resolução de problemas.

Sendo os únicos dados disponíveis após a intervenção os dados do professor, verifica-se uma tendência geral para uma ligeira evolução negativa, excepto a escala da empatia, apesar da variância alta.

Gráfico 8.1.2 – Escalas dos recursos internos da resiliência (questionário *Healthy Kids RAM*) segundo o próprio EC1, no momento de revisões – percepção de competências e percepção de potencial de melhoria nas escalas/temas das sessões. Comparação com o momento pós-intervenção.



O EC1 faltou em várias sessões de revisões, pelo que só temos dados relativos a duas escalas. A análise terá que ser feita comparando com os dados da linha de base, uma vez que o jovem não realizou a avaliação final.

Verifica-se a percepção mais elevada da escala de cooperação e comunicação – 9 valores - comparativamente à linha de base dessa escala, cujo valor médio se situa nos 7,67 valores. Pelo contrário, na escala do auto-conhecimento revela uma percepção inferior nas revisões – 5 valores - comparativamente aos valores da linha de base – 6,5 valores. Em ambas as aulas de revisões em que compareceu, indicou valores idênticos relativos à sua percepção de competências nessas escalas e à necessidade e capacidade de melhoria nessas mesmas escalas.

Tabela 8.1.3. – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais (questionário *SDQ*), segundo o próprio EC1, os pais e o professor.

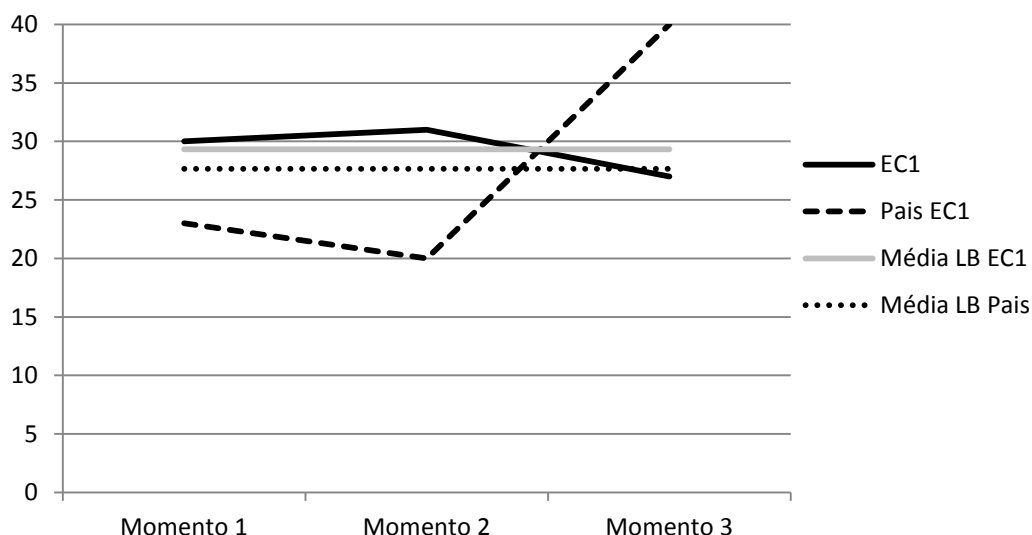
Próprio EC1				Pais			Professor		
	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção
Pró Social	1	9	-	0,33	8,33	-	1,33	4,33	6
Hiperactividade		Normal			Normal			Anormal	Normal
	0,33	4,33	-	2,33	3,33	-	1,33	6,33	8
		Normal			Normal			Limítrofe	Anormal
Sintomas Emocionais	10,33	6,67	-	0,33	1,67	-	0,33	4,67	6
		Anormal			Normal			Limítrofe	Anormal
Problemas Comportamento	1	5	-	0,00	2,00	-	1,00	3,00	4
		Anormal			Normal			Limítrofe	Anormal
Problemas Relacionamento	0	4	-	0,33	2,33	-	1,33	4,33	5
		Limítrofe			Normal			Limítrofe	Anormal
Pontuação Total									
	21	20	-	6,33	9,33	-	9,33	18,33	23
		Anormal			Normal			Anormal	Anormal

LEGENDA:

LB – Linha de base, correspondente a 3 momentos de avaliação antes da intervenção.

Mais uma vez não obtivemos dados pós intervenção para comparar com a linha de base, no caso do próprio EC1 e dos pais. De realçar a percepção dos pais ao considerarem todas as escalas normais. No caso do professor, verifica-se uma evolução negativa em todas as escalas, que passam de limítrofe a anormal, excepto a escala pró-social, que melhorou.

Gráfico 8.1.4. Valores da qualidade de vida relacionada com a saúde (questionário *Kidscreen – 10*) segundo o próprio EC1 e seus pais, nos 3 momentos de avaliação inicial (linha de base - LB) e momento pós-intervenção.



Relembramos que relativamente a este jovem só temos dados da linha de base, ou seja, dos 3 momentos iniciais de intervenção, na versão auto-avaliação e na versão para pais (neste questionário não existe versão para professores). Em relação à percepção do bem-estar, o próprio EC1 manteve respostas mais uniformes na linha de base, do que os seus pais, que terminaram a cotação da linha de base com elevada percepção. A média dos três momentos, revelam uma percepção mais elevada do EC1 do que os seus pais relativamente à qualidade de vida relacionada com a saúde.

8.2 ESTUDO DE CASO 2 (EC2)

O Estudo de Caso 2 (EC2) é do género feminino e tem 12 anos. Tem um diagnóstico de “*síndrome de polimalformativo com atraso do desenvolvimento psicomotor*”.

No preenchimento dos questionários, o EC2 é o primeiro a voluntariar-se para o fazer, demonstrando satisfação. Quando não percebe o item que a investigadora lhe pergunta, pede para explicar por outras palavras. No momento 3 da linha de base mostrou-se mais desatento, mas fez tudo o que se lhe pediu e no final manifestou que gostaria de responder a mais itens.

Nas sessões, o EC2 demonstra grande empenho e motivação para a realização das actividades, embora apresente fraca resistência à frustração quando as suas vontades não são satisfeitas. Gosta de ser elogiado e reforçado pelos seus trabalhos.

Nas revisões, os objectos ou trabalhos alusivos aos jogos das sessões do PRCPS relembram-no dos jogos, mas por vezes demonstra dificuldade em explicar o que aprendeu com eles.

Nem sempre trazia os trabalhos de casa com assiduidade, mas demonstra orgulho em mostrá-los aos colegas e investigadora.

O EC2 usufruiu das seguintes horas do PCPS por tema: Cooperação e comunicação: 3h; Auto-conhecimento: 4h30; Auto-eficácia: 3h; Resolução de problemas: 4h30; Empatia.

3h. Horas totais do PCPS: 18h

De seguida apresentam-se os resultados obtidos nos três momentos de avaliação relativos ao estabelecimento da linha de base e da avaliação realizada após a intervenção.

Tabela 8.2.1 – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas dos recursos internos da resiliência (questionário *Healthy Kids RAM*) segundo o próprio EC2, os pais e o professor.

	Próprio EC2			Pais			Professor		
	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção
Empatia	17,33	4,67	7	0,33	3,33	3	1,00	1,00	1
Resolução Problemas	1,76	5,53	9	1,33	4,33	5	0,33	5,33	5
Auto Eficácia	3,00	7,00	9	0,33	2,67	3	2,33	3,33	2
Cooperação e comunicação	10,33	6,67	9	0,00	4,00	4	0,33	2,67	2
Auto Conhecimento	14,33	4,33	9	0,00	0,05	0	0,33	2,67	2
Objectivos e Aspirações	3,00	8,00	9	0,00	1,00	1	0,33	0,33	1

LEGENDA:

LB – Linha de base, correspondente a 3 momentos de avaliação antes da intervenção.

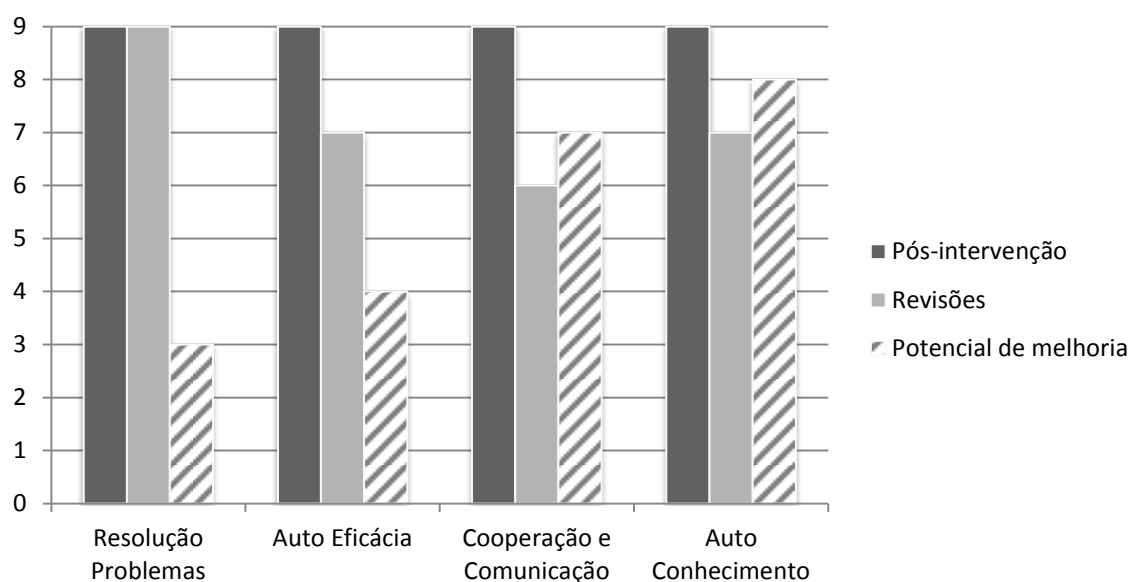
Verifica-se pela análise do gráfico 8.2.1. a inconstância das respostas reportadas pelo próprio EC2, manifestadas na variância elevada na linha de base, sendo que após a intervenção, todos as escalas tiveram evolução positiva.

Realça-se que o próprio sujeito, comparando com os outros intervenientes, regista os valores mais elevados nos vários domínios de competências avaliados.

A variância da linha de base por parte dos pais e professores é muito baixa, o que valida a linha de base, e as suas percepções do antes e após a intervenção não se alteram significativamente.

A escala de resolução de problemas foi, de acordo com as três fontes, a melhor cotada.

Gráfico 8.2.2 – Escalas dos recursos internos da resiliência (questionário *Healthy Kids RAM*) segundo o próprio EC2, no momento de revisões – percepção de competências e percepção de potencial de melhoria nas escalas/temas das sessões. Comparação com o momento pós-intervenção.



No momento das revisões, verifica-se respostas mais variadas nas diferentes escalas, em contrário com a homogeneidade revelada no momento pós-intervenção. No momento das revisões, verifica-se que as questões da escala de resolução de problemas são as que apresentam valores mais elevados. Pela análise do gráfico 8.2.2. verifica-se também a tendência para o EC2 referir que precisa de melhorar em aspectos que apresentam valores mais baixos.

Tabela 8.2.3. – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais (questionário *SDQ*), segundo o próprio EC2, os pais e o professor.

Próprio EC2				Pais			Professor		
	Variância	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção
Pró Social	3	9 Normal	10 Normal	0,33	9,67 Normal	10 Normal	0,33	2,33 Anormal	4 Anormal
Hiperactividade	4	2 Normal	2 Normal	0,00	6,00 Limítrofe	6 Limítrofe	0,33	5,67 Limítrofe	7 Anormal
Sintomas Emocionais	0,33	3,33 Normal	7 Anormal	1,33	3,67 Limítrofe	6 Anormal	2,33	3,33 Normal	6 Anormal
Problemas Comportamento	3	1 Normal	3 Normal	0,33	3,33 Limítrofe	3 Limítrofe	1,33	5,67 Anormal	6 Anormal
Problemas Relacionamento	1	3 Normal	4 Limítrofe	0,33	1,33 Normal	1 Normal	0,00	2,00 Normal	3 Normal
Pontuação Total	20,33	9,33 Normal	16 Limítrofe	5,33	14,33 Limítrofe	16 Limítrofe	2,33	16,67 Anormal	22 Anormal

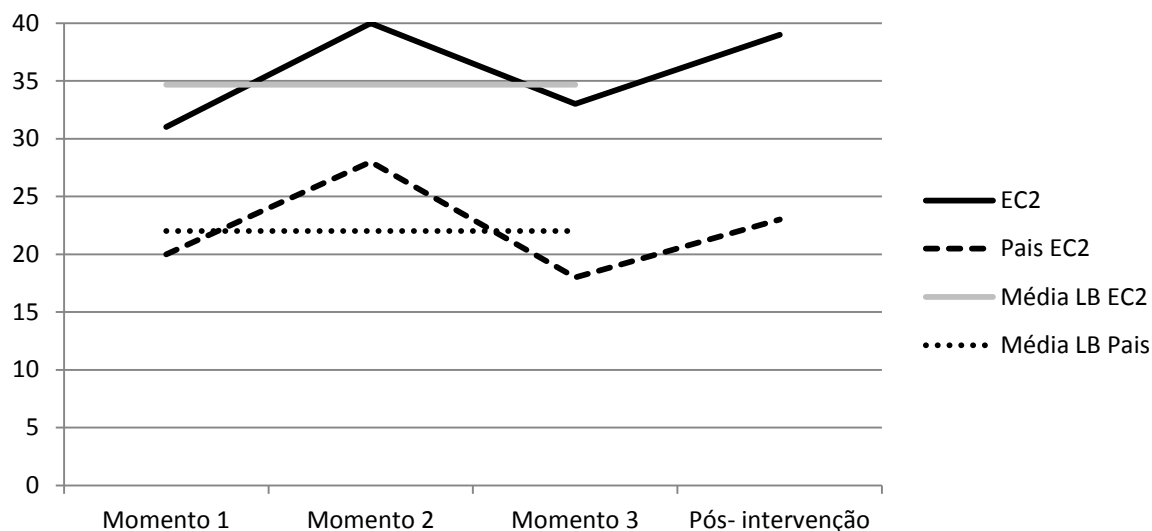
LEGENDA:

LB – Linha de base, correspondente a 3 momentos de avaliação antes da intervenção.

Tal como aconteceu no gráfico 8.2.1., relativo aos recursos internos da resiliência, verifica-se pelos dados da tabela 8.2.3., a variância com valores mais elevados, por parte do próprio EC2, em praticamente todas as escalas. A escala do comportamento pró-social teve evolução positiva ligeira de acordo com todas as fontes. A escala da hiperactividade manteve os valores de acordo com o próprio EC2 e com os pais, e teve uma evolução negativa de acordo com o professor. A escala dos problemas de relacionamento também sofreu um agravamento segundo os dados do EC2 e do professor. A escala que segundo todas as fontes sofreu uma evolução negativa significativa, foi a dos sintomas emocionais.

No momento 1 da linha de base, o EC2 respondeu à questão em aberto da escala, “se quer deixar algum comentário”: “Feliz com a minha mãe”. Também quis referir que “incomodam-me quando dizem que sou idiota”.

Gráfico 8.2.4. Valores da qualidade de vida relacionada com a saúde (questionário *Kidscreen – 10*) segundo o próprio EC2 e seus pais, nos 3 momentos de avaliação inicial (linha de base - LB) e momento pós-intervenção.



De acordo com os dados ilustrados no gráfico 8.2.4., a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é percebida mais positivamente pelo próprio do que pelos pais, mas ambos estiveram nos vários momentos com tendência idêntica. Por duas vezes, no momento 2 da linha de base e no momento após a intervenção, os dados do EC2 reflectiram-se numa pontuação máxima ou muito perto desse valor. O EC2, pelos dados revelados, no momento pós-intervenção indicou uma melhor percepção da sua QVRS.

8.3 ESTUDO DE CASO 3 (EC3)

O Estudo de Caso 3 (EC3) é do género feminino e tem 14 anos. Apresenta um diagnóstico de *"deficiência mental moderada, com patologia base orgânica de carácter permanente, gerando grande incapacidade na sua autonomia pessoal e comunitária. Manifesta também compromisso ao nível da fala e da comunicação"*.

No preenchimento dos questionários, mantém uma atitude solícita mas um pouco nervosa, tendo que a investigadora a acalmar. Responde a tudo, e ocasionalmente quando há dúvidas pede para ser esclarecida.

Nas sessões, tanto assume uma postura de interessada e motivada com as actividades, como uma linguagem não verbal de descontentamento e apatia. No entanto, nunca desafia a investigadora e cumpre sempre o que lhe é pedido.

Nas revisões demonstra fraca capacidade de elaboração, e dá a entender que se lembra dos jogos mas tem muita dificuldade em exprimir-se, e não consegue dizer o que aprendeu.

Trazia sempre os trabalhos de casa com muita assiduidade e participação de um adulto, no caso, a mãe, que manifestou sempre a vontade de realizá-los com a sua filha.

O EC3 usufruiu das seguintes horas do PCPS por tema: Cooperação e comunicação: 1h30h; Auto-conhecimento: 3h; Auto-eficácia: 3h; Resolução de problemas: 3h; Empatia. 3h. **Horas totais do PCPS: 13h30.** De referir que o EC3 faltava semanalmente a uma sessão do PCPS por ter terapia nesse horário.

De seguida apresentam-se os resultados obtidos nos três momentos de avaliação relativos ao estabelecimento da linha de base e da avaliação realizada após a intervenção.

Tabela 8.3.1 – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas dos recursos internos da resiliência (questionário *Healthy Kids RAM*) segundo o próprio EC3, os pais e o professor.

	Próprio EC3			Pais			Professor		
	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção
Empatia	1,33	7,67	6	0,00	8,00	8	0,33	4,33	7
Resolução Problemas	1,00	8,00	8	0,00	7,00	7	2,33	4,67	7
Auto Eficácia	1,33	7,67	7	0,00	5,00	5	0,33	2,33	4
Cooperação e comunicação	0,33	6,67	7	1,00	6,00	7	2,33	5,33	7
Auto Conhecimento	4,00	6,00	8	0,33	5,33	7	2,33	1,33	3
Objectivos e Aspirações	0,00	9,00	9	0,00	9,00	9	1,00	1,00	3

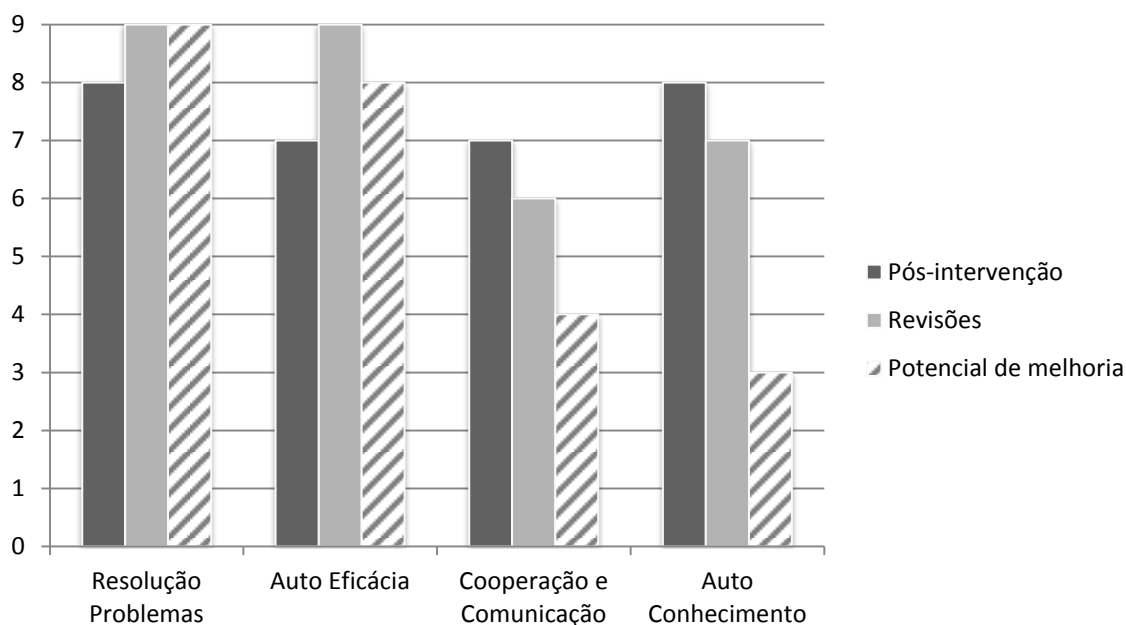
LEGENDA:

LB – Linha de base, correspondente a 3 momentos de avaliação antes da intervenção.

A observação dos dados apresentados na tabela 8.3.1. permite verificar que em praticamente todas as escalas, de acordo com todos os intervenientes na avaliação, a variância teve um valor baixo, o que se traduz numa linha de base robusta. Na versão de

auto-avaliação, o próprio cotou as escalas de forma idêntica antes e após a intervenção, sendo de salientar a melhoria na escala do auto-conhecimento. Na percepção dos pais, as escalas mantiveram-se estáveis, mas houve uma melhoria nas escalas de cooperação e comunicação e na do auto-conhecimento. Na percepção do professor, o EC3 obteve melhorias em todas as escalas.

Gráfico 8.3.2 – Escalas dos recursos internos da resiliência (questionário *Healthy Kids RAM*) segundo o próprio EC3, no momento de revisões – percepção de competências e percepção de potencial de melhoria nas escalas/temas das sessões. Comparação com o momento pós-intervenção.



No momento das revisões, o EC3 indicou que tem competências elevadas ao nível das escalas de resolução de problemas e da auto-eficácia, apesar de ter reiterado que ainda há espaço para melhorar. Nas escalas que considerou estarem pior cotadas, curiosamente, não manifestou tanta necessidade de melhoramento ou de potencial para tal. Fazendo uma análise comparativa com o momento após a intervenção, em que as escalas de resolução de problemas e da auto-eficácia foram cotadas com 8 e 7 valores respectivamente, verifica-se que nas revisões, quando as sessões foram mais recentes, cotou essas mesmas escalas com valores mais elevados. Pelo contrário, no momento após intervenção, as escalas de cooperação e comunicação (7) e de auto-conhecimento (8) foram cotadas com 7 e 8 valores respectivamente, e nas revisões o EC3 cotou-as com valores inferiores.

Tabela 8.3.3. – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais (questionário *SDQ*), segundo o próprio EC3, os pais e o professor.

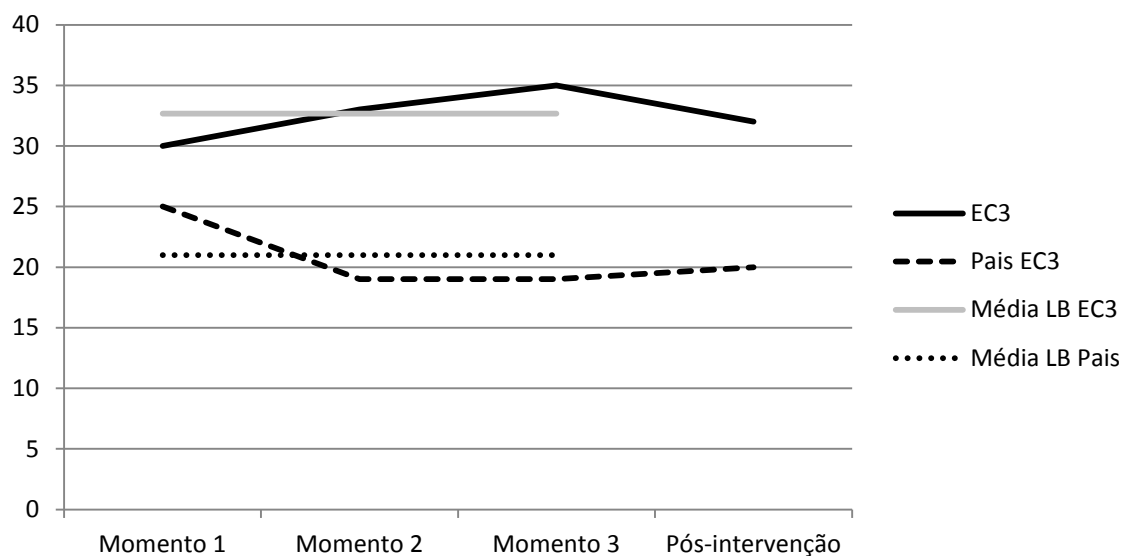
	Próprio EC3			Pais			Professor		
	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção
Pró Social	1,33	9,33 Normal	10 Normal	0	10 Normal	10 Normal	0	10 Normal	10 Normal
Hiperactividade	0,33	3,67 Normal	2 Normal	0	4 Normal	4 Normal	0,33	3,67 Normal	2 Normal
Sintomas Emocionais	1,33	5,67 Limítrofe	5 Normal	0,33	7,33 Anormal	6 Anormal	2,33	3,33 Normal	4 Normal
Problemas Comportamento	0,33	3,33 Normal	1 Normal	0,33	1,33 Normal	1 Normal	0	0 Normal	0 Normal
Problemas Relacionamento	0,33	3,33 Normal	3 Normal	0,33	3,67 Anormal	3 Limítrofe	0	0 Normal	0 Normal
Pontuação Total	7,00	16,00 Limítrofe	11 Normal	0,33	16,33 Limítrofe	14 Limítrofe	4	7 Normal	6 Normal

LEGENDA:

LB – Linha de base, correspondente a 3 momentos de avaliação antes da intervenção.

Os dados da tabela 8.3.3. indicam que os níveis de variância, tal como nos outros instrumentos de avaliação, mantêm-se baixos, o que indica uma linha de base robusta. Todas as escalas se encontram com cotação que tende para o normal, só de salientar, no entanto, a escala dos sintomas emocionais que se encontra num nível anormal nos questionários dos pais. A escala dos problemas de relacionamento melhorou na opinião dos pais, passando de anormal a limítrofe, e manteve-se num nível normal nas outras fontes. De um modo geral, os pais são a fonte que mais tende a considerar o EC3 com mais problemas a nível das suas dificuldades emocionais e comportamentais.

Gráfico 8.3.4. Valores da qualidade de vida relacionada com a saúde (questionário *Kidscreen – 10*) segundo o próprio EC3 e seus pais, nos 3 momentos de avaliação inicial (linha de base - LB) e momento pós-intervenção.



De acordo com o gráfico 8.3.4. é possível verificar uma melhor percepção da QVRS em todos os momentos do próprio EC3 comparativamente com os seus pais. Observa-se também que as variações não têm uma dimensão muito elevada. Salienta-se que no momento 1 da linha de base as percepções de ambas as fontes estão mais próximas, afastando-se nos seguintes momentos e revelam tendência para se aproximarem no momento após a intervenção. Relativamente às médias da linha de base, a percepção da QVRS após a intervenção está ligeiramente pior cotada.

8.4 ESTUDO DE CASO 4 (EC4)

O Estudo de Caso 4 (EC4) é do género masculino e tem 12 anos, e tem o seguinte diagnóstico: *“limitações cognitivas significativas, com implicações ao nível da autonomia e da linguagem”*.

No preenchimento dos questionários, o EC4 demonstra uma atitude alegre e ansiosa. Por vezes encontra-se distraído e com os pensamentos perdidos.

Nas sessões, encontra-se bem disposto e motivado, mas muitas vezes está distraído e a distrair os colegas, e quando chamado à realidade o seu discurso é difuso. Por vezes ficava bastante cansado nas sessões.

Para as sessões das revisões encontrava-se motivado, lembra-se dos jogos, e gosta de explicá-los na sua linguagem simples, mas hesita muito ao perguntar-se-lhe o que aprendeu.

O EC4 nem sempre trazia os trabalhos de casa com assiduidade, mas demonstrou orgulho com alguma timidez em mostrá-los aos colegas e investigadora.

O EC4 usufruiu das seguintes horas do PCPS por tema: Cooperação e comunicação: 3h; Auto-conhecimento: 4h30; Auto-eficácia: 3h; Resolução de problemas: 4h30; Empatia.

3h. Horas totais do PCPS: 18h

De seguida apresentam-se os resultados obtidos nos três momentos de avaliação relativos ao estabelecimento da linha de base e da avaliação realizada após a intervenção.

Houve um constrangimento nos questionários do EC4, pois no preenchimento da avaliação final, verificou-se que não foi o mesmo progenitor a responder.

Tabela 8.4.1 – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas dos recursos internos da resiliência (questionário *Healthy Kids RAM*) segundo o próprio EC4, os pais e o professor.

	Próprio EC4			Pais			Professor		
	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção
Empatia	0,33	6,67	8	3,00	4,00	4	0,00	1,00	1
Resolução Problemas	0,33	8,67	8	2,33	3,33	2	0,33	2,33	2
Auto Eficácia	2,33	6,67	7	0,33	1,67	2	1,33	0,67	0
Cooperação e comunicação	0,33	6,67	7	3,00	3,00	2	1,00	2,00	2
Auto Conhecimento	7,00	7,00	3	0,33	2,67	2	0,00	0,20	0
Objectivos e Aspirações	3,00	8,00	9	1,00	2,00	4	0,00	0,05	0

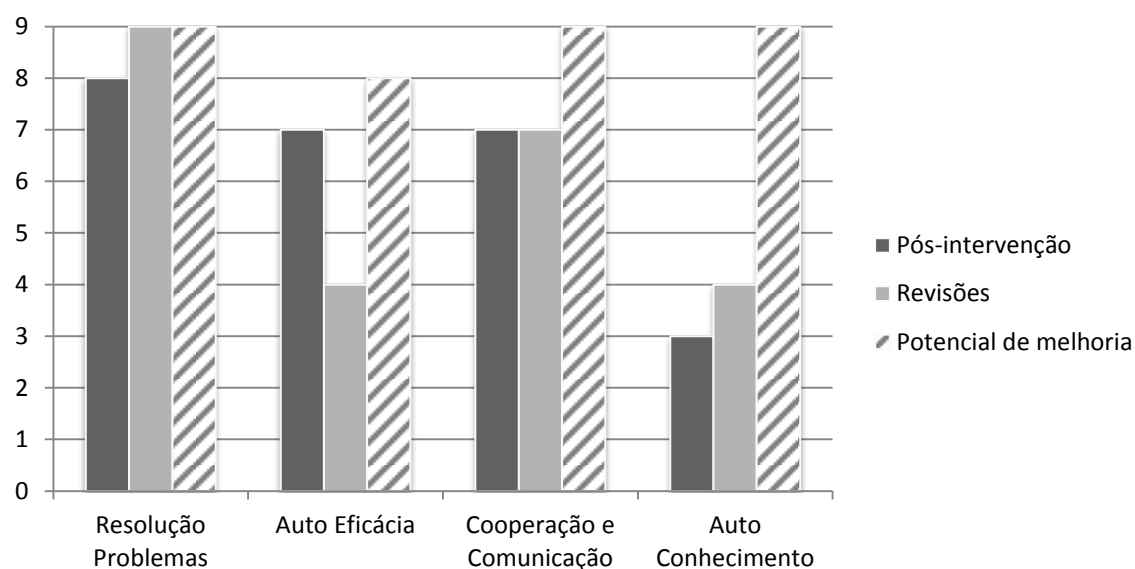
LEGENDA:

LB – Linha de base, correspondente a 3 momentos de avaliação antes da intervenção.

Os valores da variância manifestaram-se bastante adequados para todos os intervenientes, excepto o do próprio EC4 da escala do auto-conhecimento. Aliás, nesta escala, o EC4 cotou-a como tendo piorado significativamente da linha de base para o momento pós-intervenção. Na percepção dos pais (embora haja o constrangimento de não ter sido o mesmo a responder), realça-se a evolução negativa nas escalas da resolução de problemas, de cooperação e comunicação e do auto-conhecimento. Referem uma melhoria na escala dos objectivos e aspirações.

Os valores do professor mantêm-se muito idênticos e muito baixos. A percepção do EC4 relativamente às diversas competências é mais elevada comparativamente com as outras fontes.

Gráfico 8.4.2 – Escalas dos recursos internos da resiliência (questionário *Healthy Kids RAM*) segundo o próprio EC4, no momento de revisões – percepção de competências e percepção de potencial de melhoria nas escalas/temas das sessões. Comparação com o momento pós-intervenção.



Pela análise do gráfico 8.4.2., nas revisões o EC4 manifestou valores bastantes elevados nas escalas de resolução de problemas e na escala de cooperação e comunicação. Salienta-se, com valores muito elevados, a consideração do próprio EC4 no seu potencial e necessidade de melhoria em todas as escalas revistas. Comparativamente ao momento após a intervenção, na escala de resolução de problemas e do auto-conhecimento, considera nas revisões ter uma percepção mais positiva. Já na escala da auto-eficácia, indicou uma cotação melhor no momento pós-intervenção (7) do que no momento das revisões (4). Manteve os valores idênticos na escala de cooperação e comunicação.

Tabela 8.4.3. – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais (questionário *SDQ*), segundo o próprio EC4, os pais e o professor.

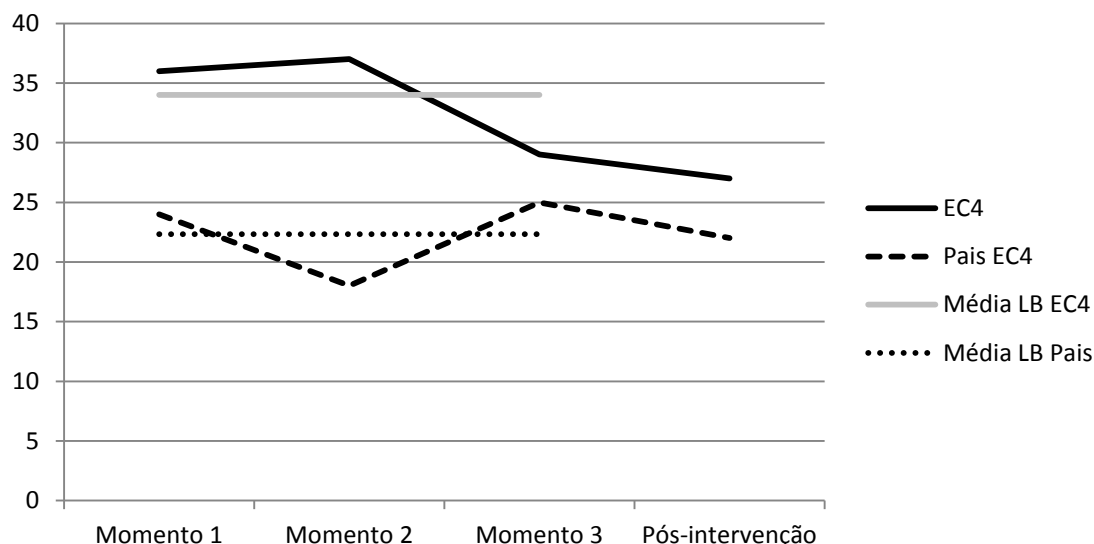
	Próprio EC4			Pais			Professor		
	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção
Pró Social	3	9 Normal	9 Normal	2,33	6,33 Normal	9 Normal	2,33	5,67 Normal	7 Normal
Hiperactividade	2,33	4,67 Normal	5 Normal	1,33	5,67 Limítrofe	6 Limítrofe	3,00	7,00 Anormal	8 Anormal
Sintomas Emocionais	10,33	5,67 Limítrofe	7 Anormal	0,33	2,33 Normal	6 Anormal	1,33	2,67 Normal	2 Normal
Problemas Comportamento	3	3 Normal	2 Normal	0	1 Normal	3 Limítrofe	2,33	2,33 Normal	3 Limítrofe
Problemas Relacionamento	0,33	2,33 Normal	3 Normal	0,00	5,00 Anormal	6 Anormal	0,33	0,33 Normal	0 Normal
Pontuação Total	4,33	15,67 Limítrofe	17 Limítrofe	3,00	14,00 Limítrofe	21 Anormal	4,33	12,33 Limítrofe	13 Limítrofe

LEGENDA:

LB – Linha de base, correspondente a 3 momentos de avaliação antes da intervenção.

Os dados da tabela 8.4.3. demonstram variância adequada, excepto nos sintomas emocionais nos dados do próprio. Algum agravamento nos dados pós-intervenção, nomeadamente nos sintomas emocionais (segundo o próprio EC4 e seu progenitor) e problemas do comportamento (segundo o progenitor e o professor). Pela comparação com as diferentes fontes, o próprio EC4 tem tendência a não considerar tantas dificuldades em domínios comportamentais. Segundo os dados dos pais, verifica-se um agravamento de quase todas as escalas, mas mais uma vez relembra-se que no momento pós-intervenção foi o outro progenitor a responder ao questionário.

Gráfico 8.4.4. Valores da qualidade de vida relacionada com a saúde (questionário *Kidscreen – 10*) segundo o próprio EC4 e seus pais, nos 3 momentos de avaliação inicial (linha de base - LB) e momento pós-intervenção.



Pela observação dos dados do gráfico 8.4.4., verifica-se um perfil em espelho entre os dois intervenientes, e a melhor percepção do sujeito relativamente aos pais. No momento pós-intervenção as percepções estão mais próximas. A percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) segundo o EC4 piorou no momento pós-intervenção.

8.5 ESTUDO DE CASO 5 (EC5)

O Estudo de Caso 5 (EC5) é do género masculino e tem 12 anos e apresenta o seguinte diagnóstico: *“défice cognitivo significativo, linguagem com vocabulário pobre e comprometedor do processo de pensamento e atitude corporal incorrecta, da qual derivam desvios posturais.”*

No preenchimento dos questionários, mantém-se sereno, embora brinque muito com os frasquinhos, pois manifesta necessidade de mexer em algo.

Nas sessões, costuma participar no que lhe é proposto, mas o que se lhe pede normalmente sai desordenado, na tentativa de despoletar a piada nos outros, e é costume ter uma atitude acusatória para com os colegas, fazendo queixas.

Nas revisões, o EC5 está motivado porque demonstra carinho pela investigadora, quer participar, olha com atenção para os trabalhos e para a investigadora, mas não consegue elaborar o discurso. Frequentemente fica calado por não saber responder.

O EC5 trouxe os trabalhos de casa com alguma assiduidade, mas frequentemente fazia-os sem a colaboração de um adulto.

O EC5 usufruiu das seguintes horas do PCPS por tema: Cooperação e comunicação: 3h; Auto-conhecimento: 4h30; Auto-eficácia: 1h30; Resolução de problemas: 4h30; Empatia.

3h. Horas totais do PCPS: 16h30.

De seguida apresentam-se os resultados obtidos nos três momentos de avaliação relativos ao estabelecimento da linha de base e da avaliação realizada após a intervenção.

Tabela 8.5.1 – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas dos recursos internos da resiliência (questionário *Healthy Kids RAM*) segundo o próprio EC5, os pais e o professor.

	Próprio EC5			Pais			Professor		
	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção
Empatia	2,33	7,67	7	0,00	3,00	3	1,00	2,00	2
Resolução Problemas	6,33	5,33	7	1,00	2,00	3	3,00	3,00	5
Auto Eficácia	10,33	6,67	6	0,33	2,33	3	0,00	2,00	4
Cooperação e comunicação	1,00	8,00	8	0,33	2,33	3	0,33	2,67	2
Auto Conhecimento	0,33	7,33	6	3,00	2,00	3	2,33	1,33	2
Objectivos e Aspirações	2,33	7,67	6	3,00	2,00	3	0,00	0,00	0

LEGENDA:

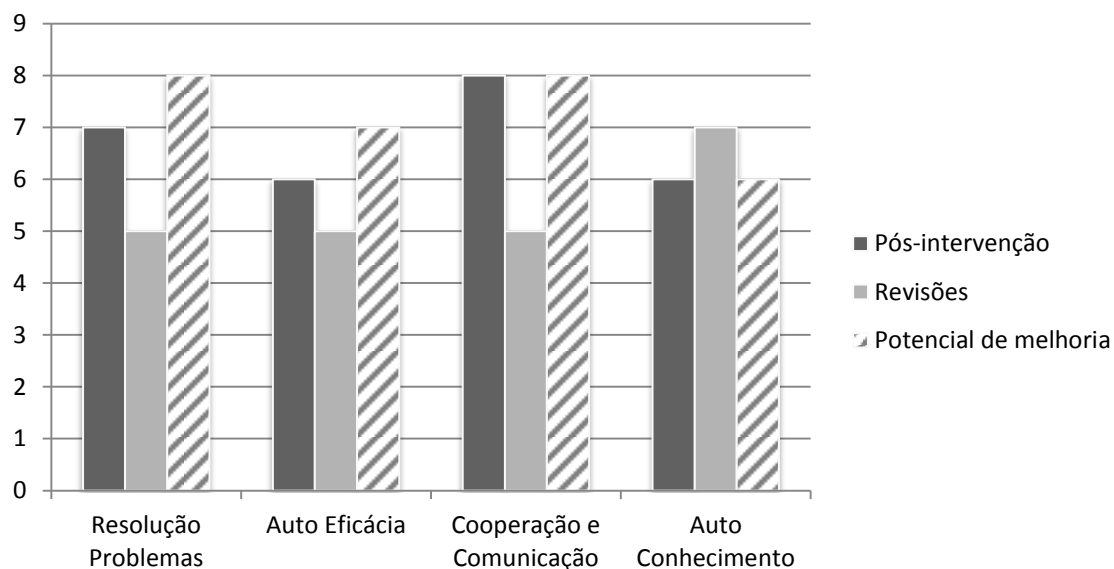
LB – Linha de base, correspondente a 3 momentos de avaliação antes da intervenção.

A variância da linha de base é robusta para pais e professores, por haver pouca oscilação nas respostas antes da intervenção do PCPS, e na avaliação do próprio em alguns itens, excepto nas escalas da auto-eficácia e na resolução de problemas.

Na versão de auto-avaliação, verifica-se uma melhoria na escala de resolução de problemas e um decréscimo mais acentuado de valores nas escalas do auto-conhecimento e de objectivos e aspirações. Na avaliação dos pais, houve uma escala que manteve os seus valores, a da empatia, e todas as outras subiram. Na avaliação do

professor, a maioria das escalas também subiram ligeiramente, excepto a escala de cooperação e comunicação.

Gráfico 8.5.2 – Escalas dos recursos internos da resiliência (questionário *Healthy Kids RAM*) segundo o próprio EC5, no momento de revisões – percepção de competências e percepção de potencial de melhoria nas escalas/temas das sessões. Comparação com o momento pós-intervenção.



Pela análise do gráfico 8.5.2., nas revisões, o EC5 revela valores inferiores comparativamente com os do final da intervenção. Só na escala do auto-conhecimento é que indicou um valor mais elevado nas revisões comparativamente com a avaliação final. Revela uma atitude ponderada em assumir espaço de melhoria para as escalas que considera terem fraca prestação – a escala de resolução de problemas, de auto-eficácia e de cooperação e comunicação.

Tabela 8.5.3. – Variância, média da linha de base e valores após a intervenção para cada uma das escalas das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais (questionário *SDQ*), segundo o próprio EC5, os pais e o professor.

	Próprio EC5			Pais			Professor		
	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção	Variância LB (1-3)	Média LB (1-3)	Pós- Intervenção
Pró Social	1	8 Normal	8 Normal	0	9 Normal	6 Normal	2,33	7,67 Normal	9 Normal
Hiperactividade	9,33	5,33 Normal	5 Normal	4,33	7,33 Anormal	5 Normal	2,33	6,33 Limítrofe	8 Anormal
Sintomas Emocionais	4,33	7,33 Anormal	5 Normal	0,33	2,33 Normal	1 Normal	1,33	0,67 Normal	2 Normal
Problemas Comportamento	4	4 Limítrofe	1 Normal	0,33	3,33 Limítrofe	2 Normal	0,33	1,67 Normal	2 Normal
Problemas Relacionamento	2,33	3,67 Limítrofe	6 Anormal	0,33	5,33 Anormal	4 Anormal	0,00	0,00 Normal	0 Normal
Pontuação Total	25,33	20,33 Anormal	17 Limítrofe	4,33	18,33 Anormal	12 Anormal	8,33	8,67 Normal	12 Limítrofe

LEGENDA:

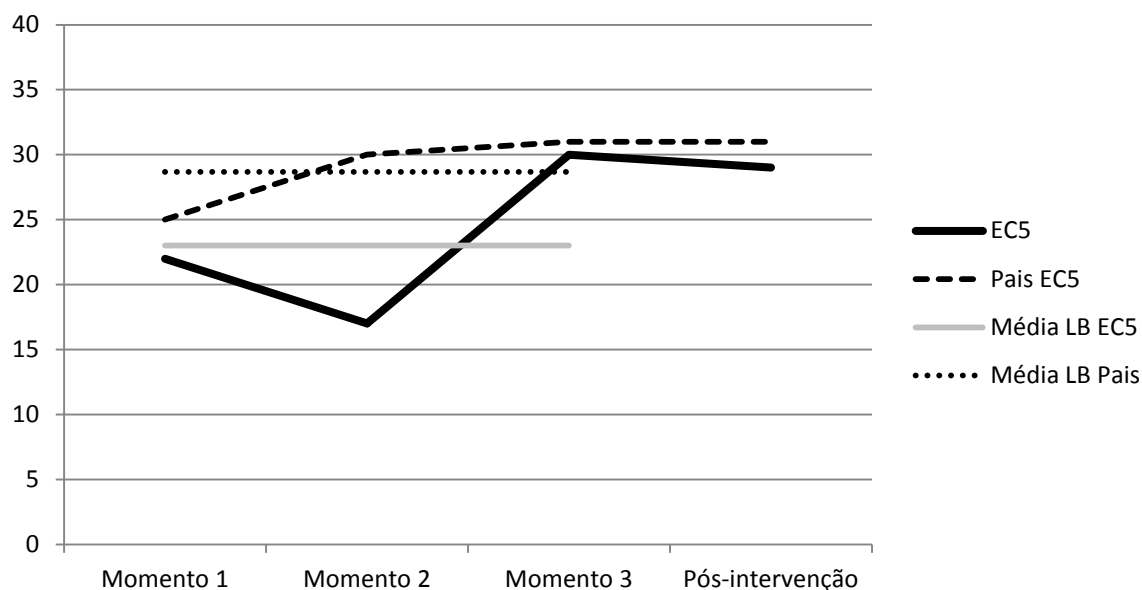
LB – Linha de base, correspondente a 3 momentos de avaliação antes da intervenção.

Pela análise dos dados da tabela 8.5.3., verifica-se uma variância elevada na escala da hiperactividade na versão de auto-avaliação. Segundo o próprio EC5, melhorou nas escalas de sintomas emocionais e de problemas do comportamento, mas piorou nos problemas de relacionamento.

Na opinião dos pais, em duas escalas o EC5 obteve melhorias, na hiperactividade e problemas do comportamento, sendo que manteve valores semelhantes nas outras.

Na opinião do professor, algumas escalas mantêm os mesmos valores mas piorou na escala de hiperactividade.

Gráfico 8.5.4. Valores da qualidade de vida relacionada com a saúde (questionário *Kidscreen – 10*) segundo o próprio EC5 e seus pais, nos 3 momentos de avaliação inicial (linha de base - LB) e momento pós-intervenção.



Os dados do gráfico 8.5.4. revelam que a QVRS é melhor percebida pelos pais do que pelo próprio, sendo os dados dos pais nos vários momentos de avaliação mais constantes do que no caso do próprio EC5. Verifica-se uma tendência ligeira nos dados dos pais para uma percepção mais positiva da QVRS do seu filho. Observa-se uma linha de base inconstante por parte do jovem EC5, e no momento pós-intervenção uma evolução positiva, comparativamente com a média dos 3 momentos da linha de base.

9. DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

À luz da metodologia de estudo de caso, não poderá haver nenhuma comparação entre os 5 casos analisados, pelo que a discussão terá que ser individual (Ferreira e Serra, 2009). Os mesmos autores referem que nas análises estatísticas o investigador visa generalizar à população baseado numa amostra que é representativa dessa população. No estudo de caso, em contraste, o investigador pode generalizar a uma teoria baseado em casos seleccionados para representar alguma(s) dimensão(ões) dessa teoria.

Procuraremos seguir as indicações destes autores, baseando-nos nos estudos e artigos já realizados.

No Estudo de Caso 1 (EC1), existe a limitação de não haver dados para análise do próprio e de seus pais relativos ao momento pós-intervenção, o que impossibilita grande parte da discussão. Remete-nos, no entanto, para uma adversidade recorrente a ter em consideração quando se trabalha com estudos de caso, ou seja, a falta de dados de um participante inviabilizar a investigação, ao contrário se isso acontecer numa amostra representativa. A nosso ver, reforça a nossa metodologia de análise de múltiplos estudos de caso, que é uma mais valia caso falhe algo na investigação. De qualquer forma, verifica-se neste jovem, por auto-avaliação, uma percepção muito positiva dos recursos internos da resiliência. Após a intervenção, na opinião do professor, o aluno baixou o seu perfil de comportamento em várias escalas, nomeadamente nas escalas de cooperação e comunicação, auto-conhecimento e objectivos e aspirações.

Na aferição das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais, no caso do professor, verifica-se um decréscimo em todas as escalas, que passam de limítrofe a anormal, excepto a escala pró-social, que melhorou muito significativamente, passando de anormal a normal. Salientamos que o PRCPS se direccionava precisamente para os recursos internos pessoais, pelo que uma evolução positiva no comportamento pró-social pode dever-se à intervenção.

Assim sendo, como os únicos dados que temos completos, que são os do professor, são inconclusivos, faltam-nos dados para verificar se o PRCPS trouxe benefícios a este jovem.

Relativamente ao Estudo de Caso 2, mostrou-se convicto nas suas respostas, manifestando entendimento do que se lhe perguntava, mas no entanto, os dados da linha de base na versão auto-avaliação são muito díspares para se poderem considerar fidedignos. Corremos o risco de sugestionar a resposta do EC2, no momento 2 da linha de base, pois ele deu respostas negativas na escala da empatia, e na dúvida que não tivesse percebido correctamente, explicou-se por outras palavras, mas ele manteve sempre a sua resposta. Pelo exposto, o EC2 apresenta-se-nos muito sincero nas suas respostas, mas estas são variáveis ao longo do tempo.

No momento das revisões, quando a validade das suas respostas poderia estar mais presente, revela valores idênticos aos da linha de base. Os valores dos pais e professores, no momento pós-intervenção relativamente aos recursos internos da resiliência, são também idênticos com os da linha de base. A escala do comportamento pró-social teve evolução positiva ligeira de acordo com todas as fontes. Mais uma vez

relembramos que esta escala reflecte os conteúdos do PRCPS, pelo que uma evolução positiva no comportamento pró-social pode dever-se à intervenção.

Após a intervenção, de acordo com todos os intervenientes, a escala dos sintomas emocionais sofre uma evolução negativa. Luthar (1991, cit. in Daniel & Wassell, 2002) recomenda a realização de uma avaliação abrangente quando estudamos a resiliência, pois por vezes, os jovens aparentam estar a lidar bem com a adversidade, mas podem, na verdade, estar a internalizar os seus sintomas. Também é recorrente, em investigações de análise de recursos internos, haver um aumento dos sintomas emocionais na avaliação final, mas que se pode reflectir, isso sim, numa maior consciência desses sintomas.

Para o EC2, o PRCPS parece ter introduzido ligeiras melhorias ao nível da capacitação de competências pessoais e sociais. No entanto, pela análise dos dados, pôs em evidência ou potenciou os seus sintomas emocionais.

No Estudo de Caso 3 (EC3), é de salientar as várias linhas de base aferidas com valores de variância baixos, nos vários intervenientes, o que valida a linha de base. Na aferição dos recursos internos da resiliência, na versão de auto-avaliação, o próprio cotou as escalas de forma idêntica antes e após a intervenção, sendo de salientar a melhoria na escala do auto-conhecimento. Na percepção dos pais, as escalas mantiveram-se estáveis, mas houve uma melhoria nas escalas de cooperação e comunicação e na do auto-conhecimento. Na percepção do professor, o EC3 obteve uma melhoria em todas as escalas, sendo a mais evidente na da empatia. Na aferição das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais, verifica-se a tendência geral para a cotação normal segundo todas as fontes, excepto a escala dos sintomas emocionais, que se encontra num nível anormal nos questionários dos pais, mas que teve uma ligeira melhoria na avaliação final. Relembramos que o EC3 tanto no preenchimento dos questionários como nas sessões, revelou aspectos emocionais sempre muito presentes, tanto na sua comunicação verbal e não-verbal. Na aferição da percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, verifica-se uma melhor percepção do bem-estar em todos os momentos do próprio EC3 comparativamente com os seus pais, mas ambas as fontes apresentam pior cotação no momento pós-intervenção comparativamente com a linha de base. É do conhecimento da investigadora que um familiar próximo do EC3 faleceu na altura do final da intervenção, o que certamente influenciou o seu bem-estar geral.

Pela análise dos dados, parece que o PRCPS gerou melhorias no EC3, de acordo com todos os intervenientes.

No Estudo de Caso 4 (EC4) houve um constrangimento no preenchimento dos questionários na avaliação final, pois verificou-se que não foi o mesmo pai a responder. Mais uma vez, um percalço que valida a nossa metodologia de investigar múltiplos estudos de caso. Pensamos ter ocorrido uma maior consciência por parte do EC4 na escala do auto-conhecimento, pois o próprio cotou-a como tendo piorado significativamente da linha de base para a avaliação final, sendo que na linha de base as respostas foram inconstantes. Pode ter havido uma sobre-avaliação inicial, mas no final teve mais consciência de si próprio, até porque nas revisões indica um valor idêntico com o valor pós-intervenção.

A percepção das capacidades do EC4 relativamente a todos os intervenientes é mais elevada, tanto nas escalas dos recursos internos da resiliência, como na qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), embora em relação a este último domínio teve uma percepção pior em comparação com a média da linha de base. Nas revisões considerou uma grande necessidade de melhoria.

Os dados revelam uma melhor consciência do EC4 relativamente ao seu perfil após a administração do PRCPS, mas segundo as outras fontes, o PRCPS parece não ter surtido efeito.

Relativamente ao Estudo de Caso 5 (EC5), segundo o próprio, verifica-se um decréscimo nas seguintes escalas dos recursos internos da resiliência: empatia, auto-conhecimento e objectivos e aspirações (domínio que não foi trabalhado no PRCPS). Verifica-se uma melhoria na escala de resolução de problemas, que aliada a uma grande oscilação de respostas na linha de base, presumimos que o EC5 teve uma melhor consciência nessa escala. Na avaliação dos pais, a escala da empatia manteve os valores idênticos, e todas as outras subiram de cotação. Na avaliação do professor, as várias escalas também subiram ligeiramente, excepto a escala de cooperação e comunicação. Nas revisões, o EC5 revela uma atitude ponderada em assumir espaço de melhoria para as escalas que considera terem fraca prestação.

Na aferição das capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais, segundo o próprio, melhorou nas escalas de sintomas emocionais e de problemas do comportamento, mas piorou nos problemas de relacionamento. Na opinião dos pais, em duas escalas o EC5 obteve melhorias, na hiperactividade e problemas do comportamento, sendo que manteve nas outras. Na opinião do professor, os valores das escalas mantêm-se idênticos e piorou na hiperactividade.

Relativamente à QVRS, o jovem indica no momento pós-intervenção uma melhor percepção comparando com a média da linha de base, mas verifica-se que os pais deram uma cotação melhor do que o próprio ao longo do tempo, contrariamente ao esperado. Segundo Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal e Ravens-Sieberer (2008b), a concordância entre pais e filhos é bastante boa quando se trata de medidas observáveis, ou seja, é esperado um maior acordo entre pais e filhos na medição da condição de saúde do que na QVRS, pois os aspectos sociais e psicológicos da QVRS são menos observáveis do que os aspectos físicos da QVRS.

Apesar de haver ligeiras discordâncias entre as várias fontes, muitas das escalas subiram a cotação, pelo que poderíamos dizer que o PRCPS beneficiou este aluno.

Respondendo às questões do estudo:

“Em que medida é que os jovens com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais melhoram os seus recursos internos associados à resiliência, pela frequência de um programa de promoção da resiliência e de competências pessoais e sociais?”

Fazendo o balanço dos resultados entre a amostra da investigação, dos cinco casos estudados, num deles (no EC4) o PRCPS parece não ter surtido efeito, mas melhorou a consciência das suas competências; a um (o EC2), o PRCPS introduziu ligeiras melhorias mas pôs em evidência ou potenciou os seus sintomas emocionais; a outros dois (no EC3 e no EC5), o PRCPS demonstrou ser benéfico; e num estudo de caso (EC1) os dados que obtivemos são inconclusivos.

“Em que medida a percepção das competências e evoluções é similar para várias fontes (jovem, pais e professores)?”

No geral, verifica-se que os jovens indicam dados com cotação mais valorativa, para o mesmo momento, relativamente aos seus recursos internos da resiliência, comparativamente aos seus pais e professores. Os pais e professores têm percepções

mais idênticas entre si, mas são os professores que tendem a dar uma cotação pior nos recursos internos da resiliência.

A escala dos sintomas emocionais, nos quatro estudos de caso em que obtivemos todos os dados, demonstra uma concordância idêntica de evolução entre pais e filhos (EC2 e EC4 – piorou; EC3 e EC5 – melhorou).

Em relação à qualidade de vida relacionada com a saúde, encontrámos simetrias nas opiniões entre pais e filhos em três estudos de caso: simetria em espelho (EC4 e EC3) e paralela (EC2). A QVRS é geralmente melhor percebida pelo próprio do que pelos pais, não se verificando no entanto com o EC5.

“Existem relações entre as competências pessoais e sociais adquiridas e o bem-estar percebido, e capacidades e dificuldades em domínios emocionais e comportamentais ?

Os dados obtidos são pouco esclarecedores para esta questão. Existem no entanto evidências nos estudos de caso EC2 e EC4, nos quais os benefícios do PRCPS não foram tão evidentes, em que houve um aumento depreciativo nos sintomas emocionais. Relativamente à qualidade de vida relacionada com a saúde não encontramos relações, mas temos conhecimento de certos acontecimentos de vida em alguns estudos de caso que influenciam o bem-estar percebido muito directamente.

Nesta investigação também se pretendeu estabelecer uma ponte para a prática com estes alunos, e independentemente dos resultados, mostrou-se benéfica por se analisar cada caso por vários trâmites. No entanto, devemos ter consciência das limitações e constrangimentos desta investigação. Iremos expôr isso agrupando-os por assunto.

Design de estudo de caso

Segundo Jones (2005), a possível influência de variáveis exógenas (maturação, mudanças no ambiente, etc), obviamente limita o *design* A-B como uma fonte de fazer inferências sobre a causa. Contudo, existe uma excepção. Quando não existem diferenças significativas entre a linha de base e o tratamento, é normalmente razoável inferir que o tratamento não está a ter uma influência causal no período considerado, mas mesmo essa inferência pode não ser absoluta porque é teoricamente possível que o efeito do tratamento possa ter sido mascarado por um efeito negativo de outra variável.

Tal como referido anteriormente, é um problema de validade interna, inerente à utilização deste *design*. Problemas dessa natureza tornaram-se mais evidentes com acontecimentos stressantes na escola, mas também certamente, no caso dos adultos, também é condicionante o comportamento do jovem no dia do preenchimento do questionário, o próprio estado emocional da pessoa que indica os dados, e outras contingências.

Consideramos importante os três momentos de avaliação da linha de base, porque verificou-se a grande variação de dados, mesmo entre os adultos abrangidos na investigação, os pais e os professores. Para isso, pensamos ter contribuído o facto de o inquirido, não saber qual o valor que indicou no questionário anterior – questão até levantada pelos professores. A percepção que teve é que, p.e., o jovem melhorou, mas colocou um valor igual ou pior do que o que desejava. Esta questão foi encoberta por outra preocupação inicial dos investigadores, que foi o facto de não terem os questionários consigo para não se deixarem condicionar pelas respostas anteriores.

Instrumentos de avaliação

Um dos aspectos desta investigação que se salientou nos questionários foi o recurso à multifontes de dados. Em alguns questionários isso já estava previsto, nomeadamente no questionário *SDQ* e no *KIDSCREEN-10*. Para o instrumento *Healthy Kids RAM* foi criada por nós uma versão para pais e professores, por considerarmos que estes jovens poderiam não ter a capacidade de fornecer dados sobre as suas competências. Segundo Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal e Ravens-Sieberer (2008b), a opinião de diversos autores varia quanto à concordância entre os discursos destas fontes complementares e os das crianças. No entanto diversos estudos revelam uma concordância moderada, variando segundo o género, a idade e outras condições.

No entanto, é nosso entender que existe sempre um grau de subjectividade nas respostas, esteja a pessoa plena das suas capacidades ou não. Resulta sempre da avaliação pessoal de cada um, e depende de como cada um lida com o contexto e com as adversidades. A desabilidade social poderá também interferir, no caso dos pais, nesta questão. O facto de serem vários intervenientes a responder relativamente ao mesmo comportamento ou sintoma observável, não nos deve iludir na procura de concordância nas respostas, pois alertamos também para a diferença de comportamento que o jovem pode apresentar em casa e no contexto escolar; o facto de falar com os pais e com os professores ou não dos seus problemas, por exemplo.

Constatámos, que para além do valor informativo que os questionários nos dão, foi muito profícuo o seu preenchimento pelos jovens. Para além de ser um momento que não consideraram aborrecido (excepto o EC1), foi notório que se esforçaram por ser sinceros nas respostas, permitindo consciencializarem-se sobre os seus problemas e as suas capacidades. A ajuda gráfica tridimensional do “jogo dos frasquinhos” (ANEXO), permitiu uma maior adesão dos jovens a este momento. No entanto, não podemos deixar de considerar a hipótese de os jovens terem respondido aleatoriamente em certas questões, principalmente nos momentos em que respondiam sequencialmente com o mesmo valor. É importante referir que tinham que responder a 53 perguntas, e que o factor saturação pode ter interferido. Reparou-se que isso acontecia mais frequentemente quando havia vários níveis de resposta, confundindo os participantes, como no caso do instrumento KIDSCREEN-10 com 5 níveis de resposta.

Outra limitação inerente a um estudo com monitorização ao longo do tempo são os acontecimentos de vida. Por exemplo, no último dia do preenchimento dos questionários, o EC1 teve um acidente e foi transportado de ambulância, o que surtiu algum pesar nos colegas. Foi notório, na altura do preenchimento (que teria que ser invariavelmente naquele dia para se obter os dados), que eles estavam mais abatidos, e sempre que as perguntas eram sobre ajudar os outros, afirmavam sempre que sim, referindo o EC1.

Consideramos outra limitação desta investigação o não ter sido a mesma pessoa a responder (o pai ou a mãe) os questionários nos 4 momentos de avaliação existentes, pois inviabiliza a ligação com os dados dos outros momentos.

Por último, gostaríamos de alertar para uma parte da tradução do Healthy Kids RAM, que a nosso ver está incorrecta, e que altera o significado do original. No item nº, 47 no original está “*I can do MOST things if I try*”, sendo diferentes de “*eu consigo fazer TUDO desde que tente*”. Sugere-se a alteração para “*eu posso fazer MAIS coisas se eu tentar*”. Nas sessões essa questão esteve muito presente, porque só devemos tentar fazer o que está dentro das nossas possibilidades, e com esta população esse aspecto parece ser ainda mais relevante, dado que, por exemplo, eles podem não conseguir conduzir, ou de cuidar de um filho, ou de ser médico, como alguns referiam que gostariam para o seu futuro.

O Programa de promoção da Resiliência e de Competências Pessoais e Sociais (PRCPS)

Procurou-se simplificar ao máximo as actividades, tendo em consideração as dificuldades dos jovens abrangidos no estudo. Apesar disso, verificámos que pelos baixos níveis de atenção, concentração e memorização, as estratégias teriam que ser aumentadas em quantidade e ainda mais simplificadas. Ainda assim, os jovens mostraram interesse pelos jogos e motivados para vir às sessões do programa.

Também não é sensato crer, que com um programa de tão curta duração (19h30) seja possível melhorar as competências destes jovens. Os jovens sentem-se bastante motivados para aprender e melhorar, mas certamente existem as limitações: as deles e a da investigação, sendo que mais horas do PRCPS trariam mais benefícios a estes jovens, tal como também recomendam vários autores (Gresham, Sugai & Horner, 2001).

Outro factor que condiciona a investigação, relativamente ao perigo da variável independente não estar a ser correctamente manipulada, é o facto de a investigadora já ter intervindo com estes jovens anteriormente ao programa. Dessa forma, inerentemente, eram também trabalhadas competências pessoais e sociais, decorrentes da formação de base da investigadora. Para além disso, este grupo de alunos tem a benesse de ter vários apoios com vários técnicos especializados, tanto em apoio na escola que frequentam como fora desta.

Recomendações

Pela reflexão que se fez, consideramos importante para investigações deste género, com o objectivo de serem mais vantajosas e eficazes para a população com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, tal como outros autores sugerem (Kazdin, 1987, cit. in Gresham, Sugai & Horner, 2001), iniciar programas de competências pessoais e sociais a nível da intervenção precoce, porque muito dos comportamentos já estão adquiridos, e quanto mais tarde se intervier, mais difícil será alterá-los.

Pelos exemplos dados nas limitações, recomendamos a análise de estudos de caso múltiplos em estudos posteriores, de modo a garantir a obtenção de resultados, mesmo que ocorram imprevistos por parte do investigador ou dos intervenientes, assim como a ocorrência de variáveis externas que são identificadas, como acontecimentos stressores da história familiar, alteração de medicação, etc.

Consideramos a importância de se trabalhar competências pessoais e sociais em contexto grupal, e nesse sentido, com jovens com DID, recomendamos grupos restritos, para poder haver contenção nas sessões e um apoio mais individualizado. Contudo para uma análise quantitativa mais robusta, se os trâmites da investigação permitirem, seria interessante a existência de vários grupos, inclusivamente grupos de controlo.

Dever-se-á enfatizar a importância de ser o mesmo familiar a responder nos vários momentos de avaliação aos questionários, e esse deverá ser o familiar que está mais próximo e com o qual o filho conversa mais (Chang & Yeh, 2005; Jocovic, Locker & Guyatt, 2004; Theunissen et al, 1998, cit. in Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal & Ravens-Sieberer, 2008b).

Para se obter uma resposta mais adequada aos questionários, consideramos importante, em estudos similares, dar a conhecer a resposta anterior para a pessoa que preenche o fazer de acordo com os critérios de evolução positiva ou negativa, ou colocar um outro indicador de evolução (negativa, positiva ou manutenção) em relação a cada um dos itens do questionário nos momentos seguintes ao primeiro momento de recolha de dados.

Teria ainda sido interessante a realização de uma ficha de satisfação a todos os intervenientes, pelo que sugerimos a sua inclusão em estudos futuros.

Verificamos ainda que existiriam vantagens no preenchimento dos questionários se fossem eliminados alguns níveis de resposta, ficando só 3 níveis, pois para estes jovens é muito complicado discernir entre ténues diferenças nas modalidades de respostas de opiniões.

Recomendamos que programas deste género, para populações com DID, tenham uma duração maior, acreditando nos benefícios que poderão incutir nestes jovens, até porque os jovens desta investigação reiteraram espaço, necessidade e vontade de melhorar as suas competências com mais sessões do PRCPS. Mesmo entendendo que a realidade destes estudos muitas vezes se cinge aos prazos e regulamentos de Mestrados, Doutoramentos, Bolsas de Investigação, pensamos ser possível dar continuidade, dando seguimento aos trabalhos desenvolvidos.

Por último, consideramos fundamental intervir mais eficazmente e intensamente com a família e a escola, pois os estudos mostram como estes contextos sociais interferem positivamente na promoção do bem-estar dos jovens.

REFERÊNCIAS

Armstrong, M., Birnie-Lefcovitch, S. & Ungar, M. (2005). Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: What We Know. *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 14, No. 2, June 2005- pp. 269–281.

Benard, B. (1995). *Fostering resilience in children*. Retrieved in 10th November from <http://resilnet.uiuc.edu/library/benard95.html>

Canha, L. N. & Neves, S. M. (2008). *Promoção de Competências Pessoais e Sociais – Desenvolvimento de um Modelo adaptado a crianças e jovens com deficiência: Manual Prático*. Lisboa: Instituto Nacional de Reabilitação.

Constantine, N.A. & Benard, B. (2001). *California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module: Technical Report*. Berkeley, CA: Public Health Institute.

Daniel, B. & Wassell, S. (2002). *Adolescence – Assessing and Promoting Resilience in vulnerable children* 3. London: Jessica Kingsley Publishers.

Dunbar, G. (2005). *Evaluating research methods in psychology – a case study approach*. UK: BPS Blackwell Publishing.

European Agency for Development in Special Needs Education (2004). *Key Principles for Special Needs Education. Recommendations for Policy Makers*. Available from http://www.european-agency.org/publications/agency_publications/

Evans, S., Axelrod, J. & Sapia, J. (2000). Effective School-Based Mental Health Interventions: Advancing the Social Skills Training Paradigm. *Journal of School Health*, May 2000, Vol. 70, No 5, 191-194.

Ferreira, M. & Serra, F. (2009). *Casos de estudo – usar, escrever e estudar*. Lisboa: LIDEL Editores.

Freitas, E. (2010). *Impacto de um Programa de Competências Pessoais e Sociais em Crianças de Risco, Tese de Mestrado em Educação Especial*. Braga: Escola de Educação da Universidade do Minho.

Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. P., Leal, I. & Ravens-Sieberer, U. (2008a). Aplicações e implicações clínicas. Versões reduzidas do Instrumento KIDSCREEN, in Gaspar, T. & Matos, M., G. (coord.), *Qualidade de vida em crianças e adolescentes – versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN – 52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.

Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. P., Leal, I. & Ravens-Sieberer, U. (2008b). Qualidade de Vida nas Crianças e Adolescentes: aspectos teóricos e proposta de um Instrumento de Intervenção Transcultural, in Gaspar, T. & Matos, M., G. (coord.), *Qualidade de vida em crianças e adolescentes – versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN – 52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. Recuperado em 18 de Junho do site <http://www.sdqinfo.com/>

Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-801. Recuperado em 18 Junho 2011 do site <http://www.sdqinfo.com/>

Gresham, F. M., Sugai, G. & Horner, R. H. (2001). Interpreting Outcomes of Social Skills Training for Students with High-Incidence Disabilities. *Exceptional Children*, Spr 2001, v67, no3, pp 31-44.

Jones, P. (2005). *Single-case research and statistical analysis in school psychology and counseling*. Las Vegas: University of Nevada. Retrieved from <http://faculty.unlv.edu/pjones/singlecase/scsaguid.htm#guide0>

Lee, P. A. (2010). *240 Weeks 9-10 (student notes)*, School of Social Work, San Jose State University. Retrieved from [http://www.sjsu.edu/people/peter.a.lee/courses/ScWk240/s0/240%20Weeks%209-10%20\(student%20notes\).pdf](http://www.sjsu.edu/people/peter.a.lee/courses/ScWk240/s0/240%20Weeks%209-10%20(student%20notes).pdf)

Martins, M. H. (2007). Comunicação apresentada no II Congresso Família, Saúde e Doença – Modelos, Investigação e Prática em diversos contextos de Saúde, intitulada “*Resiliência: Para além da adversidade e do risco!*”. Braga: Universidade do Minho.

Matos, M. G., Gonçalves, A., Dias, S., Gaspar, T., & Simões, C. (2003, Dezembro). *Educação pelos pares: Promoção de competências pessoais e sociais na prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes*. Paper presented at the "1as Jornadas de Educação para a Saúde e para a Sexualidade: A Importância da Educação pelos Pares", Lisboa.

Peterson, J. S. (1995). *Talk with teens about feelings, family, relationships, and the future*. Minneapolis: Free Spirit Publishing.

Santos, S. & Morato, P. (2007). Estudo Exploratório do Comportamento Adaptativo no domínio Psicomotor em populações portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, nº9 (2007), Cruz Quebrada: Edições Associação Portuguesa de Psicomotricidade. pp. 21-31

Simões, C., Matos, M. G., Diniz, J. A., Tomé, G., Ferreira, M. & Sousa, A. (2007). *Risco e Resiliência em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais: Família e Auto-estima como recursos em destaque*. Cruz Quebrada: FMH.

Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., Ferreira, M., Diniz, J. A. & Equipa do projeto Aventura Social (2009a). *Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência*. Lisboa: Edições Aventura Social/FMH

Simões, C., Matos, M. G., Ferreira, M., & Tomé, G. (2010). Risco e Resiliência em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais: Desenvolvimento de um Programa de Promoção da Resiliência na Adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 101-119.

Ungar, M. (2003). Qualitative Contributions to Resilience Research. *Qualitative social work*, Vol. 2(1), London: Sage Publications, pp 85-102.

Windle, M. (1999). Critical conceptual and measurement issues in the study of resilience. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 161-176). New York: Klumer Academic/ Plenum Publishers.

ANEXOS